103.19.15

Yopal, 07 de septiembre de 2026

Señores
DISTRIBUIDORA INGLESA - S.A.S
NIT 830099732-1
Correo: dircontable@distribuidorainglesa.com.co, institucional1@distribuidorainglesa.com.co
Tel: 3108789086 - 3214472593
Dirección: Autopista Medellin Via Parcelas kilometro 1.5 Parque Nucleo, Bodega 3
Cota, Cundinamarca

REF. SOLICITUD DE PROPUESTA TECNICO - ECONOMICA

RED SALUD CASANARE - E.S.E., está interesada en recibir su propuesta para contratar el siguiente objeto "**SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LA OPORTUNA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LAS IPS´S ADSCRITAS A RED SALUD CASANARE E.S.E.**"

1. **MODALIDAD DE SELECCIÓN:**

En relación al Acuerdo Nº 015 del treinta (30) de septiembre de 2024, *"Por el cual se adopta el nuevo Estatuto de Contratación de Red Salud Casanare E.S.E."*, una vez verificadas las causales que dan lugar a la aplicación de las modalidades de contratación, conforme con el Artículo 26 y ss., en razón a la cuantía y/o naturaleza estimada, se concluye que hay lugar a la aplicación de la modalidad de selección de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. Así mismo establece en su *ARTÍCULO 26. CONTRATACIÓN DIRECTA. Es el procedimiento a través del cual la Empresa hace conocer su necesidad de realizar una obra adquirir un bien o servicio y las condiciones generales y especificas que en cada caso se establezcan con el fin de obtener sus propuestas. Solo se podrá contratar directamente en los siguientes casos: a) Por la cuantía. Cuando se trate de contratos cuyo valor sea igual o inferior a doscientos (200) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, cualquiera que sea su naturaleza*

2. **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

Los medicamentos deberán cumplir con las características técnicas exigidas por Red Salud Casanare E.S.E. Así como las exigidas en el decreto 677 de 1995 y decreto 2473 de 2018. Los medicamentos deberán ser despachados únicamente a solicitud previa de Red Salud Casanare E.S.E. a través del supervisor designado para la vigilancia y control del respectivo contrato.

Los productos objeto de esta contratación ya sean importados o producidos en Colombia, deberán ajustarse a los requisitos previstos en las normas del ministerio de salud y/o del INVIMA.

A continuación, se relaciona los medicamentos con las especificaciones técnicas requeridas:

No	PRINCIPIO ACTIVO	UNIDAD DE MEDIDA	CONCENTRACION	PRESENTACION COMERCIAL	FORMA FARMACEUTICA
1	ACETAMINOFEN 150 MG FCO X 60 ML	MG	150MG/ML	FCO X 60 ML	JARABE
2	ACETAMINOFEN 150 MG FCO X120 ML	MG	150MG/ML	FCO X120 ML	JARABE
3	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
4	ACETAMINOFEN GOTAS 100MG/ML	MG	100MG	FRASCOX30ML	SOLUCION ORAL
5	ACETATO DE ALUMINIO	G	2.2 G	UNIDAD	POLVO
6	ACETILCISTEINA 200 MG SOBRE	MG	200MG	UNIDAD	GRANULADOS
7	ACETILCISTEINA 600 MG SOBRE	MG	600MG	UNIDAD	GRANULADOS
8	ACICLOVIR 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
9	ACICLOVIR 5 % UNGÜENTO TÓPICO	G	0,05	TUBOX15GR	UNGÜENTO

10	ACICLOVIR CREMA TOPICA AL 5%	G	0,05	TUBOX20GR	EMULSIONES
11	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
12	ACIDO ASCORBICO 100 MG	MG	100MG/ML	FRASCOX30 ML	SOLUCION ORAL
13	ACIDO ASCORBICO 500 MG	MG	500 MG	UNIDAD	TABLETA MASTICABLE
14	ACIDO FOLICO 1 MG	MG	1 MG	UNIDAD	TABLETA
15	ACIDO FUSIDICO UNGÜENTO TOPICO AL 2%	G	0,02	TUBOX15GR	EMULSIONES
16	ACIDO MICOFENÓLICO 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
17	ACIDO TRANEXAMICO 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
18	ACIDO TRANEXAMICO 500 MG/5ML	MG	500 MG/5ml	UNIDAD	SOL INYECTABLE
19	ACIDO VALPROICO 250 MG	MG	250MG	UNIDAD	CAPSULA BLANDA
20	ACIDO VALPROICO 250MG	MG	250MG/5ML	FRACO X 120 ML	SOLUCION ORAL
21	ACIDO VALPROICO 500MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
22	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	mL	500ML	BOLSA X 500 ML	SOL. INYECTABLE
23	ALBENDAZOL 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
24	ALBENDAZOL 400 MG/10ML	MG	400MG	FRASCOX10ML	SUSPENSION ORAL
25	ALCOHOL ANTISEPTICO GALÓN	mL	3800ML	GALÓN X 3800ML	SOLUCION
26	ALFAMETILDOPA 250 MG	MG	250 MG	UNIDAD	TABLETA
27	ALOPURINOL 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
28	ALOPURINOL 300 MG	MG	300MG	UNIDAD	TABLETA
29	ALPRAZOLAM 0.5 MG	MG	0.5 MG	UNIDAD	TABLETA
30	ALUMINIO HIDROXIDO +MAGNESIO CON O SIN SIMETICONA 2-6% FCO X 150 ML	mL	4%+4%+0.4%5	FCO X 150 ML	SUSPENSION ORAL
31	ALUMINIO HIDROXIDO +MAGNESIO CON O SIN SIMETICONA 2-6% FCO X 360 ML	mL	4%+4%+0.4%5	FCO X 360 ML	SUSPENSION ORAL
32	AMANTADINA	MG	100 MG	UNIDAD	CAPSULAS
33	AMIODARONA 150 MG/3ML	MG	150MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
34	AMIODARONA 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
35	AMITRIPTILINA 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
36	AMLODIPINO + VALSARTAN	MG	10+160 MG	UNIDAD	TABLETA
37	AMLODIPINO 10 MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
38	AMLODIPINO 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
39	AMOXICILINA +ACIDO CLAVULANICO 500 /125MG	MG	500+125MG	UNIDAD	TABLETA
40	AMOXICILINA +ACIDO CLAVULANICO 875 /125MG	MG	875+125MG	UNIDAD	TABLETA
41	AMOXICILINA 250 MG	MG	250MG/5ML	FRASCOX100ML	POLVO PARA RECONSTRUIR
42	AMOXICILINA 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	CAPSULA
43	AMOXICILINA+ACIDO CLAVU (CURAM) 250 MG + 62.5 MG/5ML	MG	250+62.5MG	FRASCOX60ML	POLVO
44	AMPICILINA + SULBACTAN	MG	1.5GR	UNIDAD	POLVO PARA RECONSTRUIR
45	AMPICILINA 1 GR	GR	1GR	UNIDAD	POLVO PARA RECONSTRUIR
46	AMPICILINA 250 MG/5ML	MG	250MG/ML	FRASCOX60ML	POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
47	AMPICILINA 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	CAPSULA
48	APIXABAN 5 MG	MG	5 MG	UNIDAD	TABLETA
49	ATORVASTATINA 20 MG	MG	20MG	UNIDAD	TABLETA
50	ATORVASTATINA 40 MG	MG	40MG	UNIDAD	TABLETA
51	ATROPINA SULFATO 1 MG/1 ML	MG	1MG/ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
52	AZELASTINA/FLUTICASONA PROPIONATO	ML	137+50 MCG/DOSIS/218 DOSIS	FRASCO X 30 ML	SOLUCION NASAL
53	AZITROMICINA 200 MG/5ML PEDIATRICO	MG	200mg/ml	FRASCOX15ML	POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

54	AZITROMICINA 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
55	BECLOMETASONA 250 MG FCO X 200 DOSIS	MG	250MCG	FCO X 200 DOSIS	SOLUCION POR INHALACION
56	BECLOMETASONA 50 MCG	MCG	50 MCG	FCO X 200 DOSIS	SPRAY NASAL
57	BENCILO BENZOATO 30% LOCION	ML	0,3	FRASCOX120ML	SOLUCIONES
58	BETAHISTINA 16MG	MG	16 MG	UNIDAD	TABLETAS
59	BETAHISTINA 8MG	MG	8 MG	UNIDAD	TABLETAS
60	BETAMETASONA 0.05% CREMA	G	0,05%	TUBO X 20G	EMULSIONES
61	BETAMETASONA 4 MG/ML	MG	4MG/ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
62	BETAMETASONA 8 MG/2ML	MG	8MG/2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
63	BETAMETILDIGOXINA AMPOLLA	MG	0.2mg/2ml	UNIDAD	SOL INYECTABLE
64	BICARBONATO DE SODIO 10MEQ/ML	MG	10MEQ/ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
65	BIPERIDENO 2MG	MG	2MG	UNIDAD	TABLETA
66	BISACODILO 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
67	BISOPROLOL 2,5 MG	MG	2.5MG	UNIDAD	TABLETAS
68	BISOPROLOL 5 MG	MG	5 MG	UNIDAD	TABLETAS
69	BROMURO DE IPRATROPIO INHALADOR 20MCG	MCG	20MCG	INHALADOR X 200 DOSIS	AEROSOL/INHALADOR
70	BROMURO DE IPRATROPIO SOL / NEBULIZAR	ML	250MG	FCO*20ML	SOL NEBULIZAR
71	CAPTOPRIL 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
72	CAPTOPRIL 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
73	CARBAMAZEPINA 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
74	CARBAMAZEPINA 400 MG	MG	400MG	UNIDAD	TABLETA
75	CARBIDOPA+LEVODOPA 25 MG/250 MG	MG	25MG/25MG	UNIDAD	TABLETA
76	CARBON ACTIVADO 50g/250 mL	G	50G	FRASCO X 250 ML	SUSPENSION ORAL
77	CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D POR 1500 MG	MG	1500MG	UNIDAD	TABLETA
78	CARBONATO DE CALCIO 600 MG	MG	600MG	UNIDAD	TABLETA
79	CARBONATO DE LITIO 300 MG	MG	300MG	UNIDAD	TABLETA
80	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA SOL. OFTALMICA	GR	0,005	FCO*10 ML	SOLUCION OFTALMICA
81	CARVEDILOL 12.5 MG	MG	12,5MG	UNIDAD	TABLETA
82	CARVEDILOL 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
83	CARVEDILOL 6.25 MG	MG	6,25MG	UNIDAD	TABLETA
84	CEFALEXINA 250MG/5ML	MG	250MG5ML	FRASCO X 60 ML	SOLUCION
85	CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	MG	500MG	UNIDAD	CAPSULA
86	CEFALOTINA 1G	G	1 G	UNIDAD	POLVO
87	CEFRADINA 1G	G	1 G	UNIDAD	POLVO
88	CEFTRIAXONA 1 G	G	1 G	UNIDAD	POLVO
89	CEFUROXIMA 250 mg /5mL	MG	250MG	FCO X 70 ML	GRANULOS PARA SUSPENSIÓN ORAL
90	CETIRIZINA 10 MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
91	CETIRIZINA 5 MG/5ML	MG	5 MG/5ML	FRASCO X 60 ML	JARABE
92	CILOSTAZOL 100MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
93	CIPROFIBRATO 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
94	CIPROFLOXACINO 0.3% GOTAS OTICAS	G	0,30%	FRASCO X 10 ML	SOLUCION
95	CIPROFLOXACINO 3MG/ML GOTAS OFTALMICAS	MG	3MG/ML	FRASCO X 5 ML	SOLUCION
96	CIPROFLOXACINO 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
97	CITRATO DE POTASIO 1080 mg	MG	1080 mg	UNIDAD	TABLETA
98	CLARITROMICINA 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
99	CLARITROMICINA 500 MG AMPOLLA	MG	500MG	UNIDAD	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR
100	CLEMASTINA 2MG/ML	MG	2MGML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
101	CLINDAMICINA 300 MG	MG	300MG	UNIDAD	TABLETA
102	CLINDAMICINA 600 MG/4ML	MG	600MG/4ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE

103	CLINDAMICINA+CLOTRIMAZOL	MG	100MG/200MG	UNIDAD	OVULO
104	CLOBETASOL PROPIONATO CREMA TOPICA TUBO X 40 GRAMOS	G	0.05 GR/100G (0.05%)	TUBO X 40 GRAMOS	CREMA TOPICA
105	CLONIDINA 150 MG	MG	150MG	UNIDAD	TABLETA
106	CLOPIDOGREL 75 MG	MG	75MG	UNIDAD	TABLETA
107	CLORFENIRAMINA 2MG/5ML JARABE	MG	2MG/5ML	FRASCO X 120 ML	SOLUCION ORAL
108	CLORFENIRAMINA 4 MG	MG	4MG	UNIDAD	TABLETA
109	CLORHEXIDINA SOLUCION ACUOSA 0.2%	ML	2%	Frasco x 60 ML	SOLUCION ACUOSA
110	CLOROQUINA 250 MG	MG	250MG	UNIDAD	TABLETA
111	CLORURO DE POTASIO 2mEq/mL - 10 ML	ML	2mEq/ml	UNIDAD	SOL INYECTABLE
112	CLORURO DE SODIO 0,9% bolsa x 100 ml Baxter	ML	100ML	bolsa x 100 ml Baxter	SOL INYECTABLE
113	CLORURO DE SODIO 0,9% bolsa x 250 ml baxter	ML	250ML	bolsa x 250 ml baxter	SOL INYECTABLE
114	CLORURO DE SODIO 0,9% bolsa x 500 ml baxter	ML	500ML	bolsa x 500 ml baxter	SOL INYECTABLE
115	CLORURO DE SODIO 2mEq/mL -10mL	MG	2mEq/mL	UNIDAD	SOL INYECTABLE
116	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL	G	0,01	TUBO X 40 GR	CREMA
117	CLOTRIMAZOL 1% TOPICA	G	0,01	TUBO X 40 GR	CREMA
118	CLOTRIMAZOL 100 MG VAGINAL	MG	100MG	UNIDAD	OVULO
119	CLOTRIMAZOL SOLUCION TÓPICA	G	0,01	FCO X 30 ML	SOLUCION
120	CLOTRIMAZOL+BETAMETASONA+NEOMICINA CREMA TOPICA	G	0.04+1.0+0.5MG	TUBO X 20GR	CREMA
121	CLOTRIMAZOL+METRONIDAZOL	MG	100+500MG	UNIDAD	OVULO
122	COLCHICINA 0.5 MG	MG	0.5MG	UNIDAD	TABLETA
123	COLISTINA+NEO+HIDROCOR (FIXAMICIN) GOTAS OTICAS	ML	1.5+5+0.5MG	FRASCO X 15 ML	SOLUCION OTICA
124	CROMOGLICATO DE SODIO 2% OFT	ML	0,02	FRASCO X 5 ML	SOLUCION OFTALMICA
125	CROMOGLICATO DE SODIO 4% OFT	ML	0,04	FRASCO X 5 ML	SOLUCION OFTALMICA
126	CROTAMITON 10%	ML	0,1	FRASCO X 60 ML	SOLUCION
127	DAPAGLIFLOZINA 10MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
128	DARIFENACINA 15 MG	MG	15MG	UNIDAD	TABLETA
129	DEXAMETASONA FOSFATO 4 MG/1ML	MG	4MG/1ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
130	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2ML	MG	8MG/2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
131	DEXTROSA 10% A/D	ML	0,1	BOLSA X 500 ML	SOL INYECTABLE
132	DEXTROSA 5% A/D simple	ML	0,05	BOLSA X 500 ML	SOL INYECTABLE
133	DIAZEPAM 10 MG/2 ML	MG	10MG/2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
134	DICLOFENACO 1% TOPICO	GR	0,01	TUBO*30GR	CREMA
135	DICLOFENACO 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
136	DICLOFENACO 75 MG/3ML	MG	75MG3ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
137	DICLOXACILINA 250MG/5ML	MG	250MG5ML	FRASCO X 80 ML	SUSPENSION ORAL
138	DICLOXACILINA 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
139	DIFENHIDRAMINA 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
140	DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO 12.5MG /5ML JARABE	MG	12.5MG /5ML	FCOX120ML	SOLUCIÓN ORAL
141	DIHIDROCODEINA BITARTRATO 12.1MG/5ML JARABE	MG	12.1MG/5ML	FCOX120ML	SOLUCIÓN ORAL
142	DIMENHIDRINATO 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
143	DINITRATO DE ISOSORBIDE 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
144	DIOSMINA+HESPERIDINA 450+50MG	MG	450+50MG	UNIDAD	TABLETA
145	DIPIRONA MAGNÉSICA 2 GR/5ML	GR	2GR/5ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
146	DIPIRONA SÓDICA 1 GR/2ML	GR	1GR/2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
147	DOLUTEGRAVIR 50 MG	MG	50 MG	FRASCO X 30	TABLETA
148	DOPAMINA 200MG/5 ML	MG	200MG5ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
149	DOXICICLINA 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA

150	ENALAPRIL 20 MG	MG	20MG	UNIDAD	TABLETA
151	ENALAPRIL 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
152	ENANTATO DE NORETISTERONA 50,0 mg, ESTRADIOL VALERATO 5,0 mg. NOFERTYL	MG	50+5MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
153	ENOXAPARINA SÓDICA 20MG/0.2ML	MG	20MG/0.2ML	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
154	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0.4ML	MG	40MG/0.4ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
155	ENOXAPARINA SÓDICA 60MG/0.6ML	MG	60MG/0.6ML	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
156	ENTRESTO - SACUBITRILO 24 3MG + VALSARTAN 25.7Mg	MG	24 3MG + 25.7Mg	UNIDAD	TABLETA RECUBIERTA
157	EPINEFRINA (TARTRATO Ó CLORHIDRATO) 1 MG	MG	1MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
158	ERGOTAMINA+CAFEINA100 /1 MG	MG	100+1MG	UNIDAD	TABLETA
159	ERITROMICINA 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
160	ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE 4.000UI X 1ML	ML	4.000UI X 1ML	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
161	ESCITALOPRAM 10 MG	MG	10 MG	UNIDAD	TABLETA
162	ESOMEPRAZOL 20 MG	MG	20MG	UNIDAD	TABLETA
163	ESOMEPRAZOL 40 MG	MG	40MG	UNIDAD	TABLETA
164	ESPIRAMICINA 3,000,000 UI	UI	3,000,000 UI	UNIDAD	TABLETA
165	ESPIRONOLACTONA 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
166	ESPIRONOLACTONA 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
167	ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625 MG	MG	0.625MG	UNIDAD	TABLETA
168	ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA VAGINAL	MG	0.625MG	TUBO*40GR	CREMA
169	ETORICOXIB 60MG TABLETA RECUBIERTA	MG	60MG	UNIDAD	TABLETA RECUBIERTA
170	EXELON - RIVASTIGMINA 9MG PARCHE TRANSDERMICO	MG	9MG	UNIDAD	PARCHE TRANSDERMICO
171	FENITOINA 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	CAPSULA
172	FENITOINA SÓDICA 250 MG/5 ML	MG	250MG/5ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
173	FENOFIBRATO 200MG	MG	200 MG	UNIDAD	TABLETA
174	FENTANILO 0.5 MG	MG	0.5MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
175	FINGOLIMOD 1.5MG/ 0.5MG	MG	1.5MG/0.5MG	UNIDAD	SOLUCION
176	FITOMENADIONA 1 MG (VITAMINA K) PEDIATRICA	MG	1MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
177	FLUCONAZOL 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	CAPSULA
178	FLUOXETINA 20MG/5ML	MG	20MG5ML	FRASCOX70ML	SOLUCION
179	FLUOXETINA 20 MG	MG	20MG	UNIDAD	TABLETA
180	FLUTICASONA FUROATO + UMECLIDINIO + VILANTEROL (100+62.5+25) MCG TRELEGY ELLIPTA	MG	(100+62.5+25) MCG	CAJAX30DOSIS	POL INH FCO
181	FUROSEMIDA 20 MG/2ML	MG	20MG2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
182	FUROSEMIDA 40 MG	MG	40MG	UNIDAD	TABLETA
183	GEMFIBROZILO 600 MG	MG	600MG	UNIDAD	TABLETA
184	GENTAMICINA 160 MG/2ML	MG	160MG2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
185	GENTAMICINA 3 MG/6ML GOTAS OFT.	MG	3MG/6ML	FRASCO X 6 ML	SOLUCION OFTALMICA
186	GENTAMICINA 80 MG/2ML	MG	80MG/2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
187	GLIBENCLAMIDA 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
188	GLICERINA CARBONATADA GOTAS	ML	N/A	FRASCO * 30 ML	SOLUCION OTICA
189	GLUCONATO DE CALCIO 10 %	ML	10%/10ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
190	HALOPERIDOL 2MG * 20 ML	MG	2M/20ML	FRASCO * 20 ML	SOLUCION
191	HALOPERIDOL 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
192	HALOPERIDOL 5 MG/ML	MG	5MG/5ML	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
193	HEPARINA SODICA 5.000 UI AMP	ML	5.000UI	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
194	HEPARINA SÓDICA GEL	G	GEL	TUBOX30G	GEL
195	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA

196	HIDROCLOROTIAZIDA+LOSARTAN 12.5MG+100MG TAB	MG	12.5MG+100MG	UNIDAD	TABLETA
197	HIDROCORTISONA 1%	GR	0,01	TUBO X 15 GR	CREMA
198	HIDROCORTISONA 100 MG/2ML	MG	100MG/2ML	UNIDAD	POLVO
199	HIDROXICINA 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
200	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8,5% SUSPENSION	ML	8,50%	FCO*120ML	SUSPENSION
201	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10 MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
202	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO+DIPIRONA 20MG+ 2.5 GR/5ML	GR	20MG+ 2.5 GR/5ML	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
203	IBUPROFENO 400 MG	MG	400MG	UNIDAD	TABLETA
204	IMPRUVIA - RASAGILINA 1 MG TABLETA	MG	1MG	UNIDAD	TABLETA
205	INDACATEROL + GLICOPIRRONIO (110+50) MCG POLVO PARA INHALACION	MCG	110+50 MCG	CAJAX30+INHALADOR	POLVO PARA INHALACION
206	INMUNOGLOBULINA ANTI D	ML	1.500 UI	UNIDAD	SOL INYECTABLE
207	INSULINA CRISTALINA 100UI/10 ML	ML	100UI/10ML	FRASCOX10ML	SOL INYECTABLE
208	INSULINA NPH 100 UI X 10 ML	ML	100UI/10ML	FRASCOX10ML	SOL INYECTABLE
209	IRBESARTAN + AMLODIPINO (150+5) MG TABLETA	MG	150+5 MG	CAJA X30	TABLETA
210	IVERMECTINA 0.6% S/ORAL GOTAS	ML	0,60%	FCO*5ML	SOLUCION ORAL
211	KETOCONAZOL 2% MG	MG	2MG	FCO X 60 ML	EMULSIÓN
212	KETOCONAZOL 2% FCO X 60 ML	ML	0,02	TUBO X 30G	SUSPENSION ORAL
213	KETOCONAZOL 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
214	KETOTIFENO 1 MG	MG	1MG	UNIDAD	TABLETA
215	KETOTIFENO 20MG/100ML	MG	20MG100ML	FRASCO X 100 ML	SUSPENSION
216	LABETALOL CLORHIDRATO 100 MG/20ML	MG	100MG/20ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
217	LACTATO DE RINGER bolsa x 500 ML	ML	500ML	BOLSA X 500 ML	SOL. INYECTABLE
218	LACTULOSA 66.7 G	G	66.7g	FCO X 240 ml	JARABE
219	LACTULOSA X 66.7 G SOBRE	G	66.7g	SOBRE*15 ML	SOBRE
220	LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. PEDIATRICO	MG	10MG/ML	FRASCO X 240 ML	SUSPENSION
221	LAMIVUDINA 150MG+ZIDOVUDINA 300 MG ADULTO	MG	150+300MG	FRASCO X 60 TAB	TABLETAS
222	LANSOPRAZOL 30 MG	MG	30 MG	UNIDAD	TABLETAS
223	LEVETIRACETAM 1000 MG	MG	1000 MG	UNIDAD	TABLETA
224	LEVETIRACETAM 500MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
225	LEVOMEPROMAZINA 4MG GOTAS SOL. ORAL	MG	4MG	FRASCOx20ML	SOLUCION
226	LEVONORGESTREL 0.15+ETINILESTRADIOL0.03 TABLETA (OCEIRA)	MCG	0.15MG+0.03MG	SOBRE X 21	TABLETA
227	LEVONORGESTREL 0.75 MG TABLETA POSTDAY	MG	0.75MG	UNIDAD	TABLETA
228	LEVOTIROXINA 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
229	LEVOTIROXINA 150 MG	MG	150MG	UNIDAD	TABLETA
230	LEVOTIROXINA 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
231	LEVOTIROXINA 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
232	LEVOTIROXINA 75 MG	MG	75MG	UNIDAD	TABLETA
233	LEVOTIROXINA SODICA 125MCG (EUTIROX) - MERCK S.A.	MCG	125MCG C*50	UNIDAD	TABLETA
234	LIDOCAINA 2% EPINEFRINA x 50 ML (ROXICAINA)	ML	0,02	FRASCOX50ML	SOL INYECTABLE
235	LIDOCAINA 2% JALEA (ROXICAINA)	GR	0,02	TUBO X 30 ML	GEL
236	LIDOCAINA 2% SIMPLE x 50 ML (ROXICAINA)	GR	0,02	FRASCOX50ML	SOL INYECTABLE
237	LINAGLIPTINA 5MG TRAYENTA	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
238	LOPERAMIDA 2MG	MG	2MG	UNIDAD	TABLETA

239	LOPINAVIR+RITONAVIR 200/50 MG (KALETRA) ADULTO	MG	200+50MG	FCO X 120 TAB	TABLETA
240	LORATADINA 10 MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
241	LORATADINA 5 MG/5ML JARABE	MG	5MG/5ML	FRASCO X 120 ML	SOLUCION
242	LORAZEPAM 1 MG	MG	1MG	UNIDAD	TABLETA
243	LORAZEPAM 2 MG	MG	2MG	UNIDAD	TABLETA
244	LOSARTAN 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
245	LOVASTATINA 20 MG	MG	20MG	UNIDAD	TABLETA
246	LUBIPROSTONE MOVIPROS 8 MCG	MCG	8MCG	UNIDAD	CAPSULAS BLANDAS
247	MEBENDAZOL 100 MG	MG	100MG	FRASCO X 30 ML	SUSPENSION ORAL
248	MEDROXIPROGES+ESTRADIOL 25+5 MG (FEMELIN)	MG	25+5MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
249	MEDROXIPROGESTERONA 150 MG (ILENE)	MG	150MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
250	MEDROXIPROGESTERONA 25+5 MG (CICLOFEN)	MG	25+5MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
251	MELOXICAM 7.5 MG	MG	7.5MG	UNIDAD	TABLETA
252	METFORMINA + DAPAGLIFLOZINA 5M/1000MG	MG	5M/1000MG	UNIDAD	TABLETA
253	METFORMINA + EMPAGLIFLOXINA 12.5MG/1000MG	MG	12.5MG/1000MG	UNIDAD	TABLETA
254	METFORMINA + LINAGLIPTINA 5MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
255	METFORMINA + VILDAGLIPTINA 50MG/850MG	MG	50MG/850MG	UNIDAD	TABLETA
256	METFORMINA 850 MG	MG	850MG	UNIDAD	TABLETA
257	METHERGIN 0.2ML/1ML (METILERGOBASINA)	ML	0.2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
258	METIMAZOL 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
259	METOCARBAMOL 750 MG	MG	750MG	UNIDAD	TABLETA
260	METOCLOPRAMIDA 10 MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
261	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML	MG	10MG2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
262	METOCLOPRAMIDA GOTAS ORALES	ML	4 MG/ ML	FRASCO X 30 ML	SOLUCION
263	METOFORMINA+SITAGLIPTINA 50MG/1000MG	MG	50MG/1000MG	UNIDAD	TABLETA
264	METOJECT 15MG/0.3ML	MG	15MG/0.3ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
265	METOPROLOL 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
266	METOPROLOL 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
267	METOPROLOL 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
268	METOTREXATO 2.5 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
269	METRONIDAZOL 250MG/5ML SUSP.	MG	250MG/5ML	FRASCO X 120 ML	SUSPENSION ORAL
270	METRONIDAZOL 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
271	METRONIDAZOL 500 MG VAGINAL	MG	500MG	UNIDAD	OVULO
272	METRONIDAZOL 500 MG/100ML	MG	500MG100ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
273	MICRONUTRIENTES EN POLVO 1 G (CHISPITAS NUTRICIONALES)	GR	1 G	UNIDAD	ALIMENTO EN POLVO
274	MIDAZOLAM 5 MG/5ML	MG	5MG/5ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
275	MISOPROSTOL 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
276	NALOXONA CLORHIDRATO 0,4 MG/ML	MG	0.4MG/ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
277	NAPROXENO 150 MG/5 ML SUSPENSION	MG	150MG/5ML	FRASCO X 80 ML	SUSPENSION
278	NAPROXENO 250 MG	MG	250MG	UNIDAD	TABLETA
279	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MG/ML	MG	20MG/ML	UNIDAD	SOL. INYECTABLE
280	NEOSTIGMINA METILSULFATO 0.5 MG/1ML	MG	0,5 MG/1ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
281	NEVIRAPINA 50 MG/5ML	MG	50 MG/ML	FRASCO X 240 ML	SUSPENSION ORAL
282	NIFEDIPINO RETARD 30 MG	MG	30MG	UNIDAD	TABLETA
283	NIMODIPINO 30 MG	MG	30MG	UNIDAD	TABLETA
284	NISTATINA 100.000 UI VAGINAL	UI	100.000UI	UNIDAD	TABLETA
285	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSPENSION	UI	100.000UI	FRASCO X 60 ML	SUSPENSION

286	NISTATINA+OXIDO DE ZINC 100.000 UI + 20 %	GR	100.000 UI+20%	TUBO X 40 GR	CREMA
287	NITAZOXANIDA 100MG / 5 ML	MG	100MG5ML	FRASCOX 60 ML	SUSPENSION
288	NITAZOXANIDA 500MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
289	NITROFURANTOINA 100 MG	MG	100MG	UNIDAD	TABLETA
290	NITROFURAZONA POMADA (FURACIN) 500 GR	GR	500 GR	POTE X 454 GR	EMULSION
291	NITROGLICERINA 50 MG/10 ML	MG	50MG/10ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
292	NITROPRUSIATO DE SODIO 50MG	MG	50MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
293	NORADRENALINA SOLUCION INYECTABLE 1 MG	MG	1MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
294	NOREPINEFRINA 4MG	MG	4MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
295	NORFLOXACINO 400 MG	MG	400MG	UNIDAD	TABLETA
296	OLANZAPINA 10MG	MG	10 MG	UNIDAD	TABLETA
297	OLMESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA 40+12.5 MG TABLETA	MG	40+12.5 MG	UNIDAD	TABLETA
298	OLODATEROL+TIOTROPIO 2.5MCG+2.5MCG INH BUC FCO*30DOSIS	G	INH BUC FCO*30DOSIS	FCO * 30 DOSIS	INHALADOR BUCAL
299	OLOPATADINA CLORHIDRATO 2 MG/ML	MG	2 MG/ML	FRASCO X 5 ML	GOTAS OFTAMICAS
300	OMEPRAZOL 20 MG	MG	20MG	UNIDAD	CAPSULAS
301	OMEPRAZOL 40 MG	MG	40MG	UNIDAD	POLVO PARA SOL. INYECTABLE
302	OXACILINA 1 GR	GR	1GR	UNIDAD	POLVO PARA SOL. INYECTABLE
303	OXIBUTINA 5 MG	MG	5 MG	UNIDAD	TABLETA
304	OXIMETAZOLINA 0.025 % SOL. NASAL	ML	0,03%	FRASCO X 15 ML	SOLUCION
305	OXIMETAZOLINA 0.5 % SOL. NASAL	ML	0,50%	FRASCO X 15 ML	SOLUCION
306	OXITOCINA 10 IU/1ML	UI	10UI/ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
307	PAMOATO DE PIRANTEL 250 MG	MG	250MG	UNIDAD	CAPSULA
308	PAMOATO DE PIRANTEL 250 MG/5ML	MG	250MG/5ML	FRASCO X 15 ML	SUSPENSIÓN
309	PENICILINA G BENZATINICA 1200000 UI	UI	1.200.000UI	UNIDAD	POLVO PARA SOL. INYECTABLE
310	PENICILINA G BENZATINICA 2400000 UI	UI	2.400.000UI	UNIDAD	POLVO PARA SOL. INYECTABLE
311	PENICILINA G SODICA 1.000.000 UI	UI	1.000.000UI	UNIDAD	POLVO PARA SOL. INYECTABLE
312	PENICILINA G SODICA 5.000.000 UI	UI	5.000.000UI	UNIDAD	POLVO PARA SOL. INYECTABLE
313	PENICILINA V POTÁSICA	MG	250 MG/5ML	FRASCO X 100ML	POLVO PARA RECONSTRUIR
314	PIPOTIAZINA 25MG	MG	25MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
315	POLI+NEO+DEXAMETASONA OFT (wassertrol)	ML	6UI+3.5MG+1MG	FRASCO X 5 ML	SOLUCION OFTALMICA
316	PRAZOSINA 10 MG	MG	10MG	UNIDAD	TABLETA
317	PREDNISOLONA 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
318	PREDNISOLONA+FENILEFRINA OFT	ML	1% -0.12%/5ML	FRASCO X 5 ML	SOLUCION OFTALMICA
319	PREDNISONA 50MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
320	PREGABALINA 150 MG	MG	150 MG	UNIDAD	TABLETA
321	PREGABALINA 75MG	MG	75MG	UNIDAD	TABLETA
322	PROPAFENONA X 150MG	MG	150MG	UNIDAD	TABLETA
323	PROPANOLOL 40 MG	MG	40MG	UNIDAD	TABLETA
324	PROPANOLOL 80 MG	MG	80MG	UNIDAD	TABLETA
325	PROXIMETACAINA (ALCAINE) 0,5 % SOLUCION	ML	0,50%	FRASCO X 15 ML	SOLUCION OFTALMICA
326	QUETIAPINA 25MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA

327	RALTEGRAVIR 100 MG GRANULADO A SUSPENSION ORAL	MG	100 MG/ML	CAJA X 60 SOBRES	GRANULADO A SUSPENSION ORAL
328	RALTEGRAVIR(RAL) C	MG	25mg	FRASCO X 60	TABLETAS MASTICABLES
329	RIVAROXABAN 10 MG COMPRIMIDO RECUBIERTO	MG	10mg	UNIDAD	TABLETA
330	RIVAROXABAN 15 MG COMPRIMIDO RECUBIERTO	MG	15mg	UNIDAD	TABLETA
331	RIVAROXABAN 20 MG COMPRIMIDO RECUBIERTO	MG	20 MG	UNIDAD	TABLETA
332	ROSUVASTATINA 20 MG	MG	20 MG	UNIDAD	TABLETAS RECUBIERTAS
333	ROSUVASTATINA 40 MG	MG	40 MG	UNIDAD	TABLETAS RECUBIERTAS
334	SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG FCO X 200 DOSIS	MCG	100MCG	FCO X 200 DOSIS	AEROSOL
335	SALBUTAMOL JARABE 2G /5 ML	G	2G/5ML	FRASCO X 120 ML	SOLUCION
336	SALBUTAMOL SOL NEBULIZAR 100 mcg	MCG	100mcg	FRASCO X 10 ML	SOLUCION
337	SALES DE REHIDRATACION 27.9 G	GR	27.9G	UNIDAD	POLVO
338	SECNIDAZOL 500MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
339	SERTRALINA 25 MG	MG	25MG	UNIDAD	TABLETA
340	SERTRALINA 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
341	SUBSALICILATO DE BISMATO 262 MG	MG	262 MG	UNIDAD	TABELTA ,MASTICABLE
342	SUCRALFATO 1 GR	GR	1GR	UNIDAD	TABLETA
343	SULFACETAMIDA 10% OFT	ML	0,1	FRASCO X 15 ML	SOLUCION
344	SULFADIAZIDA DE PLATA 1%	GR	0,01	TUBO X 30 GR	EMULSION
345	SULFATO DE MAGNESIO 20%/10ML	ML	20%/10ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
346	SULFATO DE ZINC 20MG	MG	20MG	UNIDAD	TABLETA
347	SULFATO DE ZINC 2MG/ML SOL. ORAL FRASCO X 120ML	MG	2MG/ML	FRASCO X120 ML	SOLUCION ORAL
348	SULFATO DE ZINC 2MG/ML SOL. ORAL FRASCO X 80 ML	MG	2MG/ML	FRASCO X 80 ML	SOLUCION ORAL
349	SULFATO FERROSO 300 MG	MG	300MG	UNIDAD	TABLETA
350	SULFATO FERROSO 600 MG JARABE	MG	600MG	FRASCO X 120 ML	SOLUCION ORAL
351	SULFATO FERROSO GOTAS 125 MG/ML	MG	125MG/ML	FRASCO X 30ML	SOLUCION ORAL
352	SULTAMICILINA 375MG	MG	375MG	UNIDAD	TABLETA
353	SULTAMICILINA 750 MG TABLETA RECUBIERTA	MG	750 MG	UNIDAD	TABLETA RECUBIERTA
354	TAMSULOSINA 4MG	MG	4MG	UNIDAD	TABLETA
355	TELMISARTAN 80 MG	MG	80MG	UNIDAD	TABLETA
356	TENOFOVIR/EMTRICITABINA 300 /200 MG	MG	300/200MG	FRASCO X 30	TABLETA
357	TEOFILINA 125 MG	MG	125MG	UNIDAD	TABLETA
358	TEOFILINA 300 MG	MG	300MG	UNIDAD	TABLETA
359	TERBUTALINA 0.5 MG/ML (TERBUROP)	MG	0.5MG	UNIDAD	SOL INYECTABLE
360	TERBUTALINA SO/NEB (TERBUROP)	ML	10ML	UNIDAD	SOL NEBULIZAR
361	TIAMINA 100MG/10ML	MG	100MG10ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
362	TIAMINA 300 MG	MG	300MG	UNIDAD	TABLETA
363	TIMOLOL 5 MG	MG	5MG	FRASCO X 5 ML	S/OFTALMICA
364	TINIDAZOL 200MG/ML	MG	200MGML	FRASCO X 15 ML	SUSPENSION
365	TINIDAZOL 500 MG	MG	500MG	UNIDAD	TABLETA
366	TOLTERIDONA L - TARTRATO 4 MG	MG	4MG	UNIDAD	CAPSULA
367	TOXOIDE TETANICO UNIDOSIS 0.5 ML	ML	0.5ML	VIAL POR 0,5 ML	SOL INYECTABLE
368	TRAMADOL + ACETAMINOFEN 37.5 + 325MG	MG	37.5+325MG	UNIDAD	TABLETA
369	TRAMADOL 10% GOTAS	ML	0,1	FRASCO X 10 ML	SOLUCION ORAL
370	TRAMADOL 50 MG	MG	50 MG	UNIDAD	TABLETA

371	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/2ML	MG	100MG/2ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
372	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/1ML	MG	50MG/1ML	UNIDAD	SOL INYECTABLE
373	TRAZODONA 50 MG	MG	50MG	UNIDAD	TABLETA
374	TRIMEBUTINA 200 MG	MG	200MG	UNIDAD	TABLETA
375	TRIMEBUTINA+SIMETICONA 200MG/120 MG	MG	200MG+120MG	UNIDAD	TABLETA
376	TRIMETROPIM SULFA F 160/800 MG	MG	160/800MG	UNIDAD	TABLETA
377	TRIMETROPIM SULFA F 80/400 MG	MG	80/400MG	FRASCO X 120 ML	SUSPENSION
378	TRIMETROPIM SULFA F 80/400 MG	MG	80/400MG	UNIDAD	TABLETA
379	VALSARTAN 160 MG	MG	160MG	UNIDAD	TABLETA
380	VALSARTÁN 80 MG	MG	80MG	UNIDAD	TABLETA
381	VECURONIO BROMURO 4MG/1ML	MG	4MG/1ML	UNIDAD	POLVO LIOFILIZADO
382	VERAPAMILO 120 MG	MG	120MG	UNIDAD	TABLETA
383	VERAPAMILO 80 MG	MG	80MG	UNIDAD	TABLETA
384	VITAMINA A 50.000 U.I. (PERLAS)	UI	50.000UI	UNIDAD	CAPSULA
385	WARFARINA SODICA 5 MG	MG	5MG	UNIDAD	TABLETA
386	YODOPOVIDONA SOLUCION OFTALMICA 5%	ML	0,05	FCO * 15 ML	S/OFTALMICA
387	ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP ORAL	MG	10MG/ML	FCO * 240 ML	SUSPENSION ORAL

3. IDENTIFICACION DEL BIEN O SERVICIO:

Identificar los bienes o servicios a adquirir según el Sistema de codificación de las Naciones Unidas para estandarizar productos y servicios, conocido por las siglas UNSPSC.

No.	CÓDIGO UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
1	51101500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Antibióticos
2	51101600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Amebicidas, tricomonacidas y antiprozotarios
3	51101700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Antihelminticos y otros antiparasitarios
4	51101800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Fungicidas
5	51102200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Antiinfecciosos y analgésicos urinarios
6	51102300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Medicamentos antivirales
7	51102400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Oftálmico
8	51102700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos antiinfecciosos	Antisépticos
9	51121600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos antiangina
10	51141500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	anticonvulsivos
11	51141600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	antidepresivos
12	51141700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Agentes antipsicóticos
13	51141900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Tranquilizantes y fármacos ansiolíticos y antimaniacos
14	51142100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos antiinflamatorios no esteroides

15	51142200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Analgésicos narcóticos
16	51142400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Medicamentos para dolores de cabeza vasculares y migraña
17	51142500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Medicamentos contra Parkinson
18	51142900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos anestésicos, complementos relacionados y analépticos
19	51151700	Medicamentos y productos farmacéuticos	medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Simpatomimeticos
20	51151800	Medicamentos y productos farmacéuticos	medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agente bloqueadores adrenérgicos
21	51151900	Medicamentos y productos farmacéuticos	medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Relajante musculo-esquelético de acción centrada
22	51152000	Medicamentos y productos farmacéuticos	medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores neuromusculares
23	51161500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Antiasmáticos
24	51161600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Antihistamínicos
25	51161700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	medicamentos para alteraciones del tracto respiratorio
26	51171500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Antiácidos y antiflatulentos
27	51171600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Laxantes
28	51171800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Agentes antivertigo, antinausantes y antieméticos
29	51171900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Fármacos antiulcera y otros fármacos gastrointestinales relacionados
30	51181500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Agentes antidiabéticos y agentes hiperglicemicos
31	51191500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Diuréticos
32	51191600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Electrolitos
33	51191800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Sales de potasio
34	51191900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Suplementos dieteticos y productos de terapia alimenticia
35	51201600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Medicamentos inmunomodulares
36	51201800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Agentes Inmonutestinales
37	51211500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Medicamentos antigota
38	51211600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Antídotos y eméticos
39	51241100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afecta a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	agentes oftálmicos
40	51241300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afecta a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Astringentes

4. COBERTURA DE RIESGOS

Para garantizar las obligaciones surgidas con ocasión del proceso de selección y del contrato a celebrar los amparos que deben solicitarse al proveedor o contratista, de acuerdo con el objeto del contrato a ejecutar son los siguientes:

Característica	Condición
Clase	Cualquiera de las clases permitidas por el artículo 2.2.1.2.3.1.2 del Decreto 1082 de 2015, a saber: **(i)** Contrato de seguro contenido en una póliza para Entidades Estatales, **(ii)** patrimonio autónomo, **(iii)** Garantía bancaria.
Tomador	» **Para las personas jurídicas:** la Garantía deberá tomarse con el nombre o razón social y tipo societario que figura en el certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio respectiva, y no sólo con su sigla, a no ser que en el referido documento se exprese que la sociedad podrá denominarse de esa manera. » No se aceptan Garantías a nombre del representante legal o de alguno de los integrantes del Consorcio. Cuando el contratista sea una Unión Temporal o un Consorcio, se debe incluir el nombre, el NIT y el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes. Para **EL CONTRATISTA** conformado por un Proponente Plural (Unión Temporal o Consorcio), la Garantía deberá ser otorgada por todas las personas que conforman el Proponente Plural, para lo cual se deberá relacionar claramente los integrantes, su identificación y porcentaje de participación.
Asegurado	**RED SALUD CASANARE E.S.E.,** identificada con el **NIT** 844.004.197-2
Beneficiario	**Terceros afectados**
Amparos, Vigencia y Valores Asegurados	**COBERTURA EXIGIBLE** / **CUANTÍA** / **VIGENCIA** **CUMPLIMIENTO GENERAL** del Contrato y el pago de las multas y la cláusula penal pecuniaria que se le impongan — **20%** del valor del contrato. — Plazo de ejecución del contrato y Cuatro (4) meses más. **CALIDAD DEL BIEN** — **20%** del valor del contrato — Plazo de ejecución del contrato y doce (12) meses más
Información necesaria dentro de la Póliza de Cumplimiento	La Aseguradora q expida la póliza de Cumplimiento deberá incluir en el Documento de la póliza la siguiente anotación: » **Asegurado RED SALUD CASANARE E.S.E. NIT** 844.004.197-2 » La presente póliza aplica para garantizar el contrato de prestación de Servicios Profesionales y/o Apoyo a la Gestión: o Número y año del Contrato o Objeto del Contrato. Firma del Contratista
Pago	Certificación de pago de la prima o recibo de caja debidamente cancelado.

Las garantías consistirán en pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia, en garantías bancarias y en general, en los demás mecanismos de cobertura del riesgo autorizados por la legislación vigente.

5. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA**: Para el cumplimiento del objeto del contrato el contratista deberá cumplir con las siguientes actividades:

1. Entregar a Red Salud Casanare E.S.E. los medicamentos relacionados en las especificaciones técnicas, teniendo en cuenta la necesidad de la E.S.E hasta agotar los recursos establecidos dentro del contrato en un tiempo no mayor a ocho (8) días, después de radicada la solicitud.
2. Suministrar fichas técnicas, registros sanitarios INVIMA o permisos de comercialización de los medicamentos entregados y contratados (medio digital).
3. Mantener los precios ofrecidos durante la ejecución del contrato.

4. Entregar los medicamentos de acuerdo a las especificaciones técnicas establecidas por Red Salud Casanare E.S.E. (Presentación, Empaque, lote, fecha de vencimiento no inferior a un (1) año y medio y Registros de INVIMA vigentes).
5. Dar cumplimiento a la resolución 1403 de 2007, normatividad vigente que lo reglamente o modifique, con respecto a las condiciones de transporte y en lo que respecta a:

- Condiciones de temperatura y humedad relativa de los productos de acuerdo con lo establecido en la etiqueta
- Garantizar que los medicamentos sean de óptima calidad y que cumplan con todas las características y especificaciones establecidas en la propuesta presentada, documentos que hace parte integra del respectivo contrato.
- Para medicamentos que requieran condiciones especiales de almacenamiento, deben existir registros y controles que demuestren el cumplimiento de estas exigencias durante el transporte.
- Los medicamentos que van a transportarse deben disponerse dentro de cubiertas que garanticen la protección adecuada contra todos los aspectos externos.

6. Cambiar los medicamentos que no cumplan con las especificaciones técnicas (Registro sanitario vencido, condiciones de empaque y embalaje inadecuado o alterado entre otras.)
7. Informar y concertar las diferentes eventualidades que se presenten durante la ejecución del contrato, con el servidor público designado para ejercer la supervisión por parte de la E.S.E.
8. Realizar cambios de los medicamentos hasta tres (03) antes de su vencimiento sin que esto genere sobrecosto alguno para la Empresa.
9. Garantizar en forma oportuna y eficiente la entrega de los medicamentos solicitados por Red Salud Casanare E.S.E., aun cuando se presenten en el mercado medicamentos agotados o en desabastecimiento por los laboratorios ofertados, el contratista deberá contar con plan de contingencia rápido y eficaz que permita adquirir los medicamentos en un tiempo no mayor a 48 horas, a fin de garantizar la seguridad del paciente.
10. Suministrar otros medicamentos que sean requeridos para la prestación del servicio de salud que se encuentren directamente relacionados con el objeto contractual y que no esté incluido dentro de la propuesta, esto debe obedecer a previa solicitud realizada por la supervisión del contrato y la respectiva cotización por parte del contratista.
11. En caso de desabastecimiento de medicamentos a nivel nacional, soportados por los laboratorios fabricantes, o por situaciones externas del mercado, el contratista deberá informar oportunamente al supervisor del contrato y ofrecer las alternativas con su respectiva cotización para estudio y aprobación por parte del supervisor del contrato.
12. Las demás actividades que sean acorde a la naturaleza del contrato.

6. PLAZO DE EJECUCION

DOS (02) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y cumplimiento de los requisitos legales de ejecución.

7. PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial máximo para la ejecución del presente contrato es de **TRESCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS ($310.000.00) M/CTE IVA INCLUIDO**. Este valor será el máximo que por todo concepto pueda reconocer RED SALUD CASANARE E.S.E. con cargo a los rubros: 2.4.5.01.03.006 Medicamentos por valor de TRESCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS ($320.000.00) M/CTE IVA INCLUIDO

8. FORMA DE PAGO

El valor del contrato será pagado por Red Salud Casanare E.S.E. de la siguiente manera: mediante actas parciales mensuales correspondientes al suministro efectivamente entregado y avalado por la supervisión del contrato en el periodo facturado, hasta agotar el monto total del presupuesto asignado. Cada acta parcial reflejará el valor de los insumos suministrados durante el período, calculado según los precios unitarios establecidos en la propuesta económica del contratista. lo cual debe ir acompañado de: 1) ingreso a almacén de los bienes objeto del suministro. 2) factura si por ley está obligado a ello. 3) informe de actividades contratista. 4) certificación de cumplimiento expedida por la supervisión de la E.S.E. 5) informe de supervisión. 6) acreditación de los aportes a seguridad social en salud-pensión-arl y parafiscales (sena, icbf y caja de compensación

familiar), de conformidad con lo previsto en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 y 828 de 2003: 5°) y suscripción del acta de liquidación para el último pago. el contrato se ejecutará hasta que se agote el monto total asignado o hasta el vencimiento del plazo contractual, lo que ocurra primero.

9. DOCUMENTOS DEL CONTRATISTA

1. **Carta de Presentación de la Propuesta:** La carta de presentación de la propuesta tiene como finalidad que el proponente exprese de manera clara e inequívoca que conoce los términos del presente proceso, que acepta sus condiciones y que cumple con los requisitos y exigencias del ordenamiento jurídico.

   La carta de presentación de la propuesta debe ser diligenciada según el **Formato 1**, (Anexo en la Solicitud de Presentación de la Propuesta), y, además, debe estar firmada por el proponente, de acuerdo con las siguientes reglas:
   ***Si es persona jurídica**, por el representante legal o por quien se encuentre facultado conforme a la ley y los estatutos sociales*
   Quien se constituya apoderado debe tener la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente, debidamente otorgado ante notario, con la manifestación expresa de las facultades otorgadas y sus limitaciones, así como la respectiva copia de la cédula de ciudadanía del apoderado.

   ***Si el proponente es persona natural** por éste o por el apoderado, quien debe tener legitimación para hacerlo, caso en el cual, se debe anexar el poder correspondiente, debidamente otorgado ante notario, con la manifestación expresa de las facultades otorgadas y sus limitaciones, así como la respectiva copia de la cédula de ciudadanía del apoderado.*
   Si la carta de presentación de la propuesta no se adjunta con la misma o no viene suscrita por el proponente, debidamente facultado, la propuesta no será evaluada y se incurrirá en causal de rechazo de la propuesta.
2. Registro Mercantil o certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio con **fecha de expedición no mayor a 30 días**, cuyo objeto social y/o actividad económica tenga relación con el bien y/o servicio a suministrar.
   Si la propuesta se presenta a nombre de una Sucursal, se deberán anexar los Certificados tanto de la Sucursal como de la Casa principal.
   Con la presentación del Certificado se verificará:
   - Que el objeto social de la persona jurídica del proponente, incluya las actividades relacionadas con el objeto contractual.
   - La duración de la sociedad (persona jurídica), contada a partir de la fecha límite de entrega de las propuestas, no será inferior al plazo de duración establecido para el contrato y un (1) año más.

   Facultades del Representante Legal y autorización del órgano social competente cuando sea necesario de acuerdo a los estatutos sociales: Documento complementario del certificado de existencia y representación para el caso en que se encuentre condicionada la capacidad del representante legal para contratar por la respectiva junta de socios o junta directiva de la empresa proponente. Cuando el representante legal de la persona jurídica participante, tenga restricciones para contraer obligaciones a nombre de la misma, en razón de la cuantía o cualquier otra restricción, deberá entonces adjuntar el documento mediante el cual se le autoriza de manera expresa por parte del órgano competente de la sociedad, su actuación de conformidad a lo expresado dentro del Certificado de existencia y representación legal, emitido por la respectiva Cámara de Comercio, para participar en la presente proceso, firmar la respectiva propuesta y suscribir el contrato en el evento en que resulte ser el seleccionado para ejecutar la prestación del servicio que es objeto de este proceso. **La falta de capacidad generará el rechazo de la propuesta.**
3. Fotocopia del RUT de la persona natural o Persona Jurídica.
4. Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la persona natural y/o del Representante Legal.
5. Fotocopia libreta militar del representante legal (menor de 50 años)
6. Antecedentes disciplinarios vigentes de la persona natural y/o del Representante Legal y de la persona jurídica.
7. Antecedentes fiscales vigentes de la persona natural y/o del Representante Legal y de la persona jurídica.
8. Certificado Judicial vigente de la persona natural y/o del Representante Legal
9. Antecedentes delitos sexuales a menor de 18 años. Ley 1918 de 2018, reglamentado por el Decreto 753 del 2019, *del proponente persona natural o representante legal persona jurídica*
10. Certificado sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia– actual, en aplicación del artículo 183 de la ley 1801 de 2016, para la persona natural y/o representante legal.
11. Los Oferentes deberán allegar certificado REDAM, en el caso de proponentes persona jurídica deberá acreditar dicha certificación el representante legal. Ley 2097 de 2021 *"Por medio de la cual se crea el registro de deudores alimentarios morosos (REDAM) y se dictan otras disposiciones"* Certificado Decreto 1310 de 2022 *"Por el cual se adiciona el Título 23 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único*

Reglamentario del Sector de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Decreto 1078 de 2015, para reglamentar la Ley 2097 de 2021 que creó el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)"

12. Certificado de inhabilidades e incompatibilidades y prohibiciones para contratar. (**Formato 2**, Anexo en la Solicitud de Presentación de la Propuesta).
13. Compromiso Anticorrupción: (**Formato 3**. Anexo en la Solicitud de Presentación de la Propuesta)
14. Documentos que acrediten afiliación y aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión (vigentes) y/o aportes parafiscales (**Formato 4A** y/o **Formato 4B** según aplique, Anexo en la Solicitud de Presentación de la Propuesta). de acuerdo con las siguientes reglas:

El proponente **PERSONA JURÍDICA** debe presentar el **Formato 4A**, suscrito por el revisor fiscal, de acuerdo con los requerimientos de ley o por el representante legal, bajo la gravedad del juramento, cuando no se requiera revisor fiscal, en el que conste el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar.
Las entidades no podrán exigir las planillas de pago. Bastará el certificado suscrito por el revisor fiscal, en los casos requeridos por la ley, o por el representante legal que así lo acredite.
Cuando la persona jurídica está exonerada en los términos previstos en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 debe indicarlo en el Formato
Esta misma previsión aplica para las personas jurídicas extranjeras con domicilio o sucursal en Colombia las cuales deben acreditar este requisito respecto del personal vinculado en Colombia.

El proponente **PERSONA NATURAL** debe presentar el **Formato 4B**, donde acredite la afiliación a los sistemas de seguridad social en salud y pensiones aportando los certificados de afiliación respectivos y/o certificado de pago de la correspondiente planilla, donde se verifique que se encuentre a Paz y Salvo.
Los certificados de afiliación se deben presentar con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario, anteriores a la fecha del cierre del proceso de contratación. En caso de modificarse la fecha de cierre del proceso, se tendrá como referencia para establecer el plazo de vigencia de los certificados de afiliación la fecha originalmente establecida en el pliego de condiciones definitivo.
La persona natural que reúna los requisitos para acceder a la pensión de vejez, o se pensione por invalidez o anticipadamente, presentará el certificado que lo acredite y, además la afiliación al sistema de salud.
Esta misma previsión aplica para las personas naturales extranjeras con domicilio en Colombia las cuales deberán acreditar este requisito respecto del personal vinculado en Colombia.

DOCUMENTOS TECNICOS

15. Propuesta Técnica – económica. Para garantizar una adecuada presentación de la propuesta económica por parte del oferente y asegurar que se ajuste a los parámetros establecidos por Red Salud Casanare E.S.E., se establece la siguiente condición:
El oferente deberá presentar su propuesta económica detallando los precios unitarios para cada uno de los bienes y/o servicios. Es requisito indispensable que los precios unitarios ofertados no superen en ningún caso los valores establecidos en el presupuesto oficial publicado por la entidad. La propuesta económica debe incluir todos los costos directos e indirectos asociados al suministro de los productos.
Se advierte que cualquier oferta que presente uno o más ítems con precios unitarios superiores a los establecidos en el presupuesto oficial será rechazada en su totalidad. Es responsabilidad del oferente verificar cuidadosamente que cada precio unitario propuesto se ajuste a los límites establecidos antes de presentar su oferta.
16. Certificación de experiencia (Para la verificación de la experiencia se tomará la documentación anexa por el proponente, tales como, certificaciones, Facturas y actas de liquidación y/o documento equivalente suscritas). Para efectos de acreditación de experiencia entre particulares, el Proponente deberá aportar adicionalmente alguno de los documentos que se describen a continuación: Certificación de facturación expedida con posterioridad a la fecha de terminación del contrato emitida por el revisor fiscal o contador público del Proponente que acredita la experiencia, según corresponda, con la copia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigente, expedido por la Junta Central de

Contadores, o los documentos equivalentes que hagan sus veces en el país donde se expide el documento del profesional.

17. Certificado expedido por el ente de control competente, donde acrediten su autorización para distribuir los insumos o documento de última visita del ente sanitario autorizado de su jurisdicción.

10. CONSULTA Y PUBLICIDAD DE LOS DOCUMENTOS DEL PROCESO:

Red Salud Casanare E.S.E. publicará toda la información relacionada con la presente Selección, en el Portal Único de la Contratación – Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP II), por tal motivo allí aparecerá disponible para consulta los documentos del proceso y demás actuaciones que se generen durante el presente proceso de selección.

Cordialmente,

LADY PATRICIA BOHORQUEZ CUEVAS
Gerente

EDWING DARIO CRUZ MORA
Prof. Especializado Contratación
CPS RSC-CD-1335-2026
Revisó

DIANA AZUCENA CONTRERAS MURILLO
Prof. Apoyo Oficina Jurídica
CPS RSC-CD-1473-2026
Elaboró

ANEXO –FORMATO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lugar y fecha
Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Yopal.

Proceso de Contratación: CONTRATACION DIRECTA

OBJETO: XXXXX.

[*Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente*], identificado como aparece al pie de mi firma, [*obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de*] [*nombre del Proponente*] identificado con NIT xxxxx, presento Oferta para el Proceso de Contratación de la referencia y hago las siguientes manifestaciones:

1. Que conozco y acepto los documentos del Proceso.

2. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.

3. Que la Oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas establecidas en el estudio previo.

4. Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.

5. Que los documentos que presento con la Oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.

6. Que la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.

7. Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar las garantías previstas en el estudio previo.

8. Que, en caso de resultar adjudicatario, me comprometo que, a la terminación de la vigencia del Contrato, el servicio cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos y especificaciones técnicas establecidas por Red Salud Casanare E.S.E.

9. Que manifiesto que el Proponente está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.

10. Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad o conflicto de intereses, establecidos en la Constitución Política, La ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2.015, Ley 1474 de 2011, Acuerdo 007 de 2021 - Estatuto de Contratación de Red Salud Casanare E.S.E., Resolución No. 692 de 2021 Manual de Procedimientos de Contratación de Red Salud Casanare E.S.E. y demás disposiciones legales vigentes.

11. Que no he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre del presente Proceso de Selección.

12. Que he sido sancionados por: _____ (indicar el nombre de las entidades sancionadoras. (DILIGENCIAR SOLO CUANDO EL PROPONENTE HA SIDO SANCIONADO, RELACIONAR EN EL CUADRO LOS INCUMPLIMIENTOS DE LOS CONTRATOS ANTERIORES)

13. Que no hemos tenido participación, vinculación o relaciones jurídicas ni comerciales, con empresas captadoras ilegales de dinero, con actividades relacionadas con el narcotráfico, guerrilla y paramilitarismo, ni con cualquier otro tipo de actividad ilícita.

14. De acuerdo con el estudio previo el objeto ofrecido es *(llenar una sola casilla):* _____

15. Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1150 de 2007 en concordancia con la Ley 527 de 1999 y 962 de 2005, acepto que las notificaciones, requerimientos, comunicaciones, avisos, citaciones, y demás actuaciones a que haya lugar en razón o con ocasión del presente proceso sea realizado a través del Correo Electrónico. _____@_____. (*indicar el correo electrónico donde desea recibir las notificaciones*).

16. Adjunto a la presente propuesta el medio magnético editable propuesta económica en formato Excel.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de _____, a los _____ (*fecha en letras y números*) días del mes (*mes*) de dos mil veintitrés (2023).

Atentamente,

Firma_____
Nombre_____
C.C._____ expedida en

SUSCRIBIRÁ EL DOCUMENTO EL PROPONENTE CON LA OFERTA RESPECTIVA. SI ES PERSONA JURÍDICA, POR QUIEN CONFORME A LA LEY ESTÉ FACULTADO; SI ES PERSONA NATURAL, POR ELLA MISMA; SI ACTÚA EN CALIDAD DE APODERADO, DEBE ESTAR DEBIDAMENTE FACULTADO POR QUIEN TENGA LA LEGITIMACIÓN PARA HACERLO, CASO EN EL CUAL DEBE ANEXAR EL PODER CORRESPONDIENTE

ANEXO – FORMATO No. 02. - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

El (los) suscrito(s) a saber: ***(NOMBRE DEL PROPONENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURIDICA)*** domiciliado en, identificado con ***(DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN),*** quien obra en calidad de, Quien (es) en adelante se denominará(n) EL PROPONENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCION**, de acuerdo a las siguientes declaraciones

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de **RED SALUD CASANARE E.S.E** para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación ***[Insertar información]***.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación ***[Insertar información]***
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación ***[Insertar información]*** nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los ***[Insertar información]*** días del mes de ***[Insertar información]*** del año ***[Insertar información]***

_____
[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Proponente
NIT
Representante Legal
C.C. No.

ANEXO – FORMATO No 3. DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, ANTECEDENTES JUDICIALES, DISCIPLINARIOS Y FISCALES

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que ni yo ni la entidad a la que represento se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad alguna para contratar con la empresa RED SALUD CASANARE E.S.E., de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993, la ley 1474 de 2011 y demás normatividad legal vigente relaciona sobre la materia, para contratar con RED SALUD CASANARE E.S.E.

De igual manera DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que no tengo reportes vigentes de antecedentes judiciales, ni disciplinarios, ni fiscales que me impidan contratar con RED SALUD CASANARE E.S.E.

_____
Nombre
Representante Legal

ANEXO – FORMATO No. 4A - CERTIFICACIÓN PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 (Personas Jurídicas)
(Use la opción que corresponda, según certifique Representante Legal o Revisor Fiscal)

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

[Este formato debe ser diligenciado por las personas jurídicas nacionales y las extranjeras con domicilio o sucursal en Colombia las cuales deberán acreditar este requisito respecto del personal vinculado en Colombia].

[Cuando la persona jurídica no esté exonerada en el pago al sistema de aportes parafiscales, deberá incluir el siguiente texto y ajustar el formato en lo correspondiente:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica] identificado con [***Incluir el número de identificación]*** en mi condición de representante legal de ***[Incluir la razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT [***Incluir el NIT],*** bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[***Incluir el nombre del revisor fiscal, según corresponda]*** identificado con **[Incluir el número de identificación],** y con tarjeta profesional No. ***[Incluir Número de tarjeta profesional]*** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de ***[Incluir la razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT ***[Incluir el NIT],*** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como se indica a continuación:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica] identificado con **[Incluir el número de identificación]** en mi condición de representante legal de *[Incluir la razón social de la persona jurídica]* identificada con NIT ***[Incluir el NIT],*** bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, pagados por la compañía a partir de ***[fecha de constitución].*** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[Incluir el nombre del revisor fiscal, según corresponda] identificado con ***[Incluir el número de identificación],*** y con tarjeta profesional No. ***[Incluir Numero de tarjea profesional]*** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de revisor fiscal de [***Incluir la Razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT ***[Incluir el NIT],*** debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas

en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, pagados por la compañía a partir de ***[fecha de constitución].*** Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación, caso en el cual deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del procedimiento de contratación]

[Cuando la persona jurídica esté exonerada de aportes parafiscales de acuerdo con el artículo 114-1 del Estatuto Tributario modificado por el artículo 65 de la Ley 1918 de 2016, deberá incluir el siguiente texto y ajustar el formato en lo correspondiente]:

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

[Cuando la persona jurídica no haya tenido personal a cargo dentro de los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta deberá manifestarlo de la siguiente manera:]

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con ***[Incluir el número de identificación],*** en mi condición de ***[Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal]*** de ***[Incluir la razón social de la persona jurídica]*** identificada con NIT ***[Incluir el NIT],*** bajo la gravedad de juramento, manifiesto que dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de firma del contrato no tuve personal a cargo y por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ 20__.

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]

Nota: Para los proponentes plurales cada uno de los integrantes debe acreditar por separado los requisitos señalados. Adicionalmente, el proponente adjudicatario debe presentar, para la suscripción del respectivo contrato, ante la dependencia respectiva, la declaración donde acredite el pago correspondiente a seguridad social y aportes legales cuando a ello haya lugar

ANEXO – FORMATO No. 4B. CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (Natural) – ARTÍCULO 9 LEY 828 DE 2003 (Persona Natural)

Lugar y fecha

Señores
RED SALUD CASANARE E.S.E.
Calle 9 No 24-74
Yopal - Casanare.

REFERENCIA: **[Nombre de la modalidad de Selección] No [Número del Proceso]**
ASUNTO: ***[Incluir Objeto del Proceso]***.

[Este formato

ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

Yo _____ identificado (a) con C.C _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el Artículo 9 de la Ley 828 de 2003. **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados **(En caso de tener empleados a cargo)** a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y Servicio Nacional de Aprendizaje durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigible a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente Proceso de Selección.

Nota. Para relacionar el pago de aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberán tener en cuenta los plazos dispuestos para tal efecto, en el Decreto 1464 de 2005.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Dada en _____ a los ( ) _____ del mes de _____ de _____

Firma _____

ANEXO – FORMATO No. 05
FORMATO PROPUESTA TECNICO - ECONÓMICA

FECHA:
PROCESO xxxxxxx

ITEM	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	PRESENTACION COMERCIAL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
TOTAL						

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]
Proponente
NIT
Representante Legal
C.C. No.