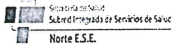
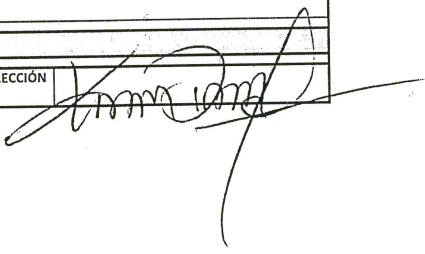
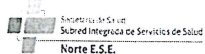
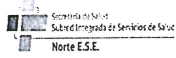
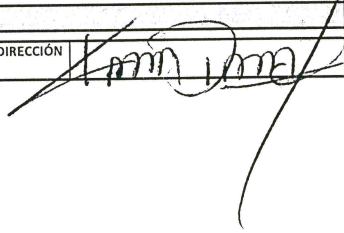
		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CODIGO: AP-CT-F-62-01	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1	
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 2	
				FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		084-2020			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AMAREY NOVA MEDICAL S.A. NIT: 800.250.382-2	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.- DISCOLMEDICA S.A.S. NIT: 828.002.423-5	UCIPHARMA SA NIT: 830.070.192-6
HABITANTES JURÍDICOS	1. Carta de Presentación de la propuesta (Modelo Anexo No. 1 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición no mayor a treinta (30) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	7. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA			CÓDIGO: AP-CT-F-62-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			VERSIÓN: 1
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			PÁGINA: 2 DE 2
					FECHA: 22/05/2020
HABILITANTES JURÍDICOS	9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	13. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	14. Póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E. Nit. 900.971.006-4.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	15. RUP. (registro único de proponentes). actualizada vigencia 2018. con información de cierre contable del año 2019.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 			

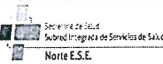
		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CÓDIGO: AP-CT-F-62-01	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1	
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 2	
				FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		084-2020			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A. NIT: 890.101.815-9	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA propietarios del Establecimiento de Comercio DEPOSITO DE DROGAS BOYACÁ NIT: 17.068.260-3	DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S. NIT: 900.332.426-3
HABILITANTES JURÍDICOS	1. Carta de Presentación de la propuesta (Modelo Anexo No. 1 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición no mayor a treinta (30) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	7. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA				CÓDIGO: AP-CT-F-62-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSIÓN: 1
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				PÁGINA : 2 DE 2	FECHA: 22/05/2020

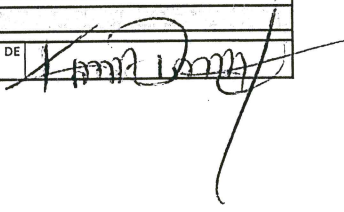
HABILITANTES JURÍDICOS	9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	13. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	14. Póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E. Nit. 900.971.006-4.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	15. RUP. (registro único de proponentes). actualizada vigencia 2018. con información de cierre contable del año 2019.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

OBSERVACIONES:	
EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 

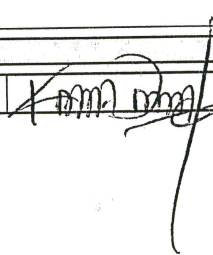
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		084-2020			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 7	Proponente 8	Proponente 9
			LIFE SUMINISTROS MÉDICOS SAS NIT: 900.240.177-9	COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S. MIT: 901.035.884-3	ADVANCE SCIENTIFIC DE COLOMBIA S.A.S. MIT: 900.126.800-2
HABITANTES JURÍDICOS	1. Carta de Presentación de la propuesta (Modelo Anexo No. 1 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición no mayor a treinta (30) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	7. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA			CÓDIGO: AP-CT-F-62-01	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			VERSIÓN: 1	
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			PÁGINA: 2 DE 2	
					FECHA: 22/05/2020	

HABILITANTES JURÍDICOS	9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	13. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	14. Póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E. Nit. 900.971.006-4.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	15. RUP. (registro único de proponentes). actualizada vigencia 2018. con información de cierre contable del año 2019.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

OBSERVACIONES:	
EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: IP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		084-2020			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 10	Proponente 11	Proponente 12
			BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA S.A.S. NIT: 830072817-1	SOLINSA GC S.A.S. NIT: 900.580.962-2	LABORATORIOS BAXTER S.A. NIT: 890.300.292-0
HABILITANTES JURÍDICOS	1. Carta de Presentación de la propuesta (Modelo Anexo No. 1 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedicion no mayor a treinta (30) dias)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	7. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) dias.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			CÓDIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA : 2 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
HABILITANTES JURÍDICOS	9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	13. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	14. Póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E. Nit. 900.971.006-4.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
	15. RUP. (registro único de proponentes). actualizada vigencia 2018. con información de cierre contable del año 2019.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	
OBSERVACIONES:						
EVALUADORES						
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 				

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION : 3
			PAGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No.084 2020
--------------------	----------------------------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

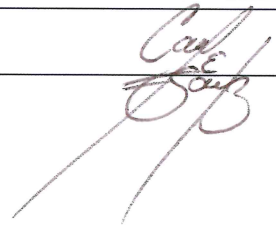
Objeto a contratar	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

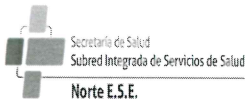
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
				Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
				AMAREY NOVA MEDICAL	DISCOLMEDICA SAS	UCIPHARMA SA
				No. NIT: 800250382-2	No. NIT: 828002423-5	No. NIT: 830070192-6
HABILITANTES FINANCIEROS		Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	2. No Cumple Observación: Los estados financieros corresponden a la vigencia 2018 y se requiere que sean del año fiscal 2019	2. No Cumple Observación: Los estados financieros corresponden a la vigencia 2018 y se requiere que sean del año fiscal 2019	1. Cumple Observación:
		Indice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	2. No Cumple Observación: Resultado:	2. No Cumple Observación: Resultado:	1. Cumple Observación: Resultado: 1.73
		Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	2. No Cumple Observación: Resultado:	2. No Cumple Observación: Resultado:	1. Cumple Observación: Resultado: 0.45
		Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	2. No Cumple Observación: Resultado:	2. No Cumple Observación: Resultado:	1. Cumple Observación: Resultado: \$11.711.001.575

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2019 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
---	---------------------------------	------------------------------------	---

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03
			VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No.084 2020
--------------------	----------------------------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

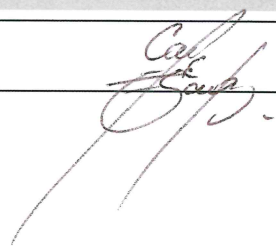
Objeto a contratar	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

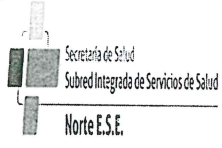
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA SA	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA DEPOSITO DE DROGAS BOYACA	SICMAFARMA
			No. NIT: 890101815-9	No. NIT: 17068260-3	No. NIT: 900332426-3
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Indice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: 1.52	1. Cumple Observación: Resultado: 4.69	1. Cumple Observación: Resultado: 1.80
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. Cumple Observación: Resultado: 0.53	1. Cumple Observación: Resultado: 0.19	1. Cumple Observación: Resultado: 0.53
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: \$220.075.262.000	1. Cumple Observación: Resultado: \$52.088.610.958	1. Cumple Observación: Resultado: \$5.854.766.573

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2019 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
---	---------------------------------	------------------------------------	---

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03
			VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No.084 2020
--------------------	----------------------------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

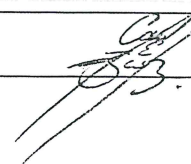
Objeto a contratar	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 7	Proponente 8	Proponente 9
			LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS	COMPANY MEDICBOY OC SAS	ADVANCE SCIENTIC DE COLOMBIA SAS
			No. NIT: 900240177-9	No. NIT: 901035884-3	No. NIT: 900126800-2
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Índice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: 2.03	1. Cumple Observación: Resultado: 12.03	1. Cumple Observación: Resultado: 1.58
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. Cumple Observación: Resultado: 0.58	1. Cumple Observación: Resultado: 0.42	1. Cumple Observación: Resultado: 0.45
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: \$ 8.746.190.000	1. Cumple Observación: Resultado: \$12.016.551.171	2. No Cumple Observación: Resultado: \$422.308.220

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2019 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
---	---------------------------------	------------------------------------	---

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS	CODIGO : AP-CT-F-07-03
		VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No.084 2020
--------------------	----------------------------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Colizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

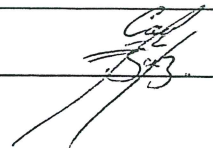
Objeto a contratar	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

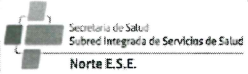
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

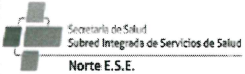
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 10	Proponente 11	Proponente 12
			BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA SAS	SOLINSA GC. SAS	LABORATORIOS BAXTER SA
			No. NIT: 830072817-1	No. NIT: 900580962-2	No. NIT: 890300292-0
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Indice de liquidez Mayor o igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: 4.01	1. Cumple Observación: Resultado: 1.93	1. Cumple Observación: Resultado: 2.81
	Nivel de Endeudamiento Menor o igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. Cumple Observación: Resultado: 0.24	1. Cumple Observación: Resultado: 0.51	1. Cumple Observación: Resultado: 0.26
	Capital de Trabajo Mayor o igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: \$ 15.010.301.000	1. Cumple Observación: Resultado: \$73.925.783.546	1. Cumple Observación: Resultado: \$279.383.670.000

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2019 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
---	---------------------------------	------------------------------------	---

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT						CÓDIGO: AP-CT-F-60-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO								
PROCESO No	084-2020 S.NTE							
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR							
OBJETO A CONTRATAR	Suministro de medicamentos intrahospitalarios, ambulatorios, necesarios para la normal prestación de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.							
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN								
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN SARLAFT					
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			AMAREY NOVA MEDICAL S.A. NIT: 800.250.382-2	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS SAS- DISCOLMEDICA SAS NIT 828.002.423-5	UCIPHARMA S.A. NIT:830.070.192-6	JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA SA NIT: 890.101.815-9	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA/ RAFAEL ANTONIO SALAMANCA NIT: 17.068.260-3	DISTRIBUIDORA SIGMAFARMA SAS NIT: 900.332.426-3
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
OBSERVACIONES: Las propuestas descritas a continuación no cumplen con la verificación SARLAFT								
1.AMAREY NOVA MEDICAL S.A: NO CUMPLE: Numeral 4: información financiera: No subsanaron ingresos operacionales, no operacionales y egresos operacionales; Subsananon egresos no operacionales activos totales,pasivos totales y patrimonio.								
2.UCIPHARMA S.A : NO CUMPLE, Cambiaron toda las cifras reportadas inicialmente en el numeral 4: información financiera.								
*Se llevo a cabo la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte SARLAFT.								
*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012								
EVALUADORES								
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:			DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:			ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT					
			FECHA: 27/07/2020					

OBJETO A CONTRATAR		Suministro de medicamentos intrahospitalarios, ambulatorios, necesarios para la normal prestación de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.						
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN								
		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT					CÓDIGO: AP-CT-F-60-01	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 1 PAGINA: 2 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO								
PROCESO No		084-2020 S.NTE						
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR						
OBJETO A CONTRATAR		Suministro de medicamentos intrahospitalarios, ambulatorios, necesarios para la normal prestación de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.						
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN								
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN SARLAFT					
			Proponente 7	Proponente 8	Proponente 9	Proponente 10	Proponente 11	Proponente 12
			LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS NIT: 900.240.117-9	COMPANY MEDIQBOY OC SAS NIT:901.035.884-3	ADVANCE SCIENTIFIC DE COLOMBIA SAS NIT:900.126.800-2	BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA SAS NIT:830.072.817-1	SOLINSA GC SAS NIT:900.580.962-2	LABORATORIOS BAXTER NIT: 890.300.292-0
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
OBSERVACIONES: Las propuestas descritas a continuación no cumplen con la verificación SARLAFT								
1.LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS: NO CUMPLE: No subsanaron la información inicial, cambiaron toda la información reportada en el numeral 4: información financiera, de igual forma no coincide con los soportes								
2.COMPANY MEDIQBOY OC SAS : NO CUMPLE, No subsanan el valor se mantiene la observación: Numeral 4: información financiera: El valor de los Egresos operacionales Y egresos no operacionales, no coinciden con los soportes.								
3.ADVANCE SCIENTIFIC DE COLOMBIA SAS : No subsano la observación: NO CUMPLE, Numeral 4: información financiera: El valor de los Egresos operacionales Y egresos no operacionales, no coinciden con los soportes. El valor de Activos totales, pasivos totales y patrimonio corresponde al año 2018								
4.SOLINSA GC SAS : No subsano el valor se mantiene la observación.: NO CUMPLE, Numeral 4: información financiera: el valor de los Egresos operacionales, no coinciden con los soportes. El valor de Activos totales, pasivos totales y patrimonio corresponde al año 2018								
5.LABORATORIOS BAXTER SA: No subsano los valores se mantiene la observaciónNO CUMPLE: Numeral 4: Información financiera: el valor de los ingresos operacionales, no operacionales, gastos operacionales y no operacionales no coincide con los soportes.								
*Se llevo a cabo la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte SARLAFT.								
*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012								
EVALUADORES								
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:		DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO						
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:		ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT						
		FECHA: 27/07/2020						

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084-2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AMAREY NOVA MEDICAL	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS – DISCOLMEDICA S.A.S	UCIPHARMA S. A.
			No. NIT:8 0 0 2 5 0 3 8 2-2	No. NIT:828.002.423-5	No. NIT:8 3 0 0 7 0 1 9 2-6
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1.SE DEBERA GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO INVIMA, EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DIAS DEBERA PRESENTARSE EL TRAMITE DE RENOVACION DEL MISMO.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE SUBSANO	CUMPLE
	2.LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	3. SE DEBERAN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS QUE PERMITAN VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ACORDE CON SU NATURALEZA, CCAA O VISITA CON CONCEPTO HIGIENICO SANITARIO FAVORABLE POR LA ENTIDAD REGULADORA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	4-PARA DISTRIBUIDORES DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE SUBSANO	CUMPLE

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1		
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084-2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AMAREY NOVA MEDICAL	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS – DISCOLMEDICA S.A.S	UCIPHARMA S. A.
			No. NIT:8 0 0 2 5 0 3 8 2-2	No. NIT:828.002.423-5	No. NIT:8 3 0 0 7 0 1 9 2-6
	5-EL OFERENTE DEBERA REMITIR LA INFORMACION TECNICA ACORDE CON LA MATRIZ SUMINISTRADA DURANTE EL PROCESO EN MEDIO MAGNETICO LA INFORMACION DE REGISTRO INVIMA, FECHA DE VENCIMIENTO DEL REGISTRO. DEBERA REMITIR LAS FICHAS TECNICAS QUE CORRESPONDAN A LOS CITADOS REGISTROS INVIMA. DE SER NECESARIO LA SUBRED SOLICITARA MUESTRA DE LOS EQUIPOS CONSUMIBLES Y LA BOMBA PARA VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LA CUAL SERA DEVUELTA AL MOMENTO DE FINALIZAR LA EVALUACION.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	6- SE DEBERA PRESENTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION A LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ QUIMICA FARMACEUTICA PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCION ADMINISTRATIVA			

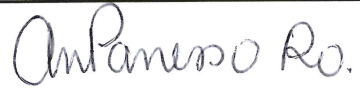
	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA				CÓDIGO: AP-CT-F-61-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 1
					PÁGINA: 1 DE 1
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		084-2020 S.NTE			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A.	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	SICMAFARMA S.A.S
			No. NIT:890101815-9	No. NIT:17068260-3	No. NIT:900,332,426-3
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1.SE DEBERA GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO INVIMA, EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DIAS DEBERA PRESENTARSE EL TRAMITE DE RENOVACION DEL MISMO.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	2.LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	3. SE DEBERAN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS QUE PERMITAN VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ACORDE CON SU NATURALEZA, CCAA O VISITA CON CONCEPTO HIGIENICO SANITARIO FAVORABLE POR LA ENTIDAD REGULADORA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	4-PARA DISTRIBUIDORES DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

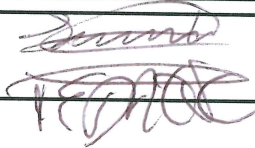
	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA			CÓDIGO: AP-CT-F-61-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			VERSIÓN: 1	
				PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084-2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A.	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	SICMAFARMA S.A.S
			No. NIT:890101815-9	No. NIT:17068260-3	No. NIT:900,332,426-3
	5-EL OFERENTE DEBERA REMITIR LA INFORMACION TECNICA ACORDE CON LA MATRIZ SUMINISTRADA DURANTE EL PROCESO EN MEDIO MAGNETICO LA INFORMACION DE REGISTRO INVIMA, FECHA DE VENCIMIENTO DEL REGISTRO. DEBERA REMITIR LAS FICHAS TECNICAS QUE CORRESPONDAN A LOS CITADOS REGISTROS INVIMA. DE SER NECESARIO LA SUBRED SOLICITARA MUESTRA DE LOS EQUIPOS CONSUMIBLES Y LA BOMBA PARA VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LA CUAL SERA DEVUELTA AL MOMENTO DE FINALIZAR LA EVALUACION.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	6- SE DEBERA PRESENTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION A LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE SE VERIFICA EN PAGINA	CUMPLE SE VERIFICA EN PAGINA
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		GLORIA ANDREA PANESO RODRIGUEZ QUIMICA FARMACEUTICA PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCION ADMINISTRATIVA			

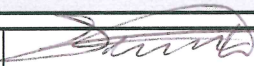
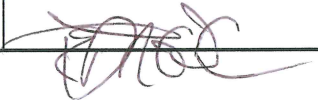
	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1		
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084-2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 7	Proponente 8	Proponente 9
			LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S.	COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.	ADVANCE SCIENTIFIC DE COLOMBIA S.A.S.
			No. NIT:9 0 0 2 4 0 1 7 7-9	No. NIT:9 0 1 0 3 5 8 8 4-3	No. NIT:900.126.800-2
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1.SE DEBERA GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO INVIMA, EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DIAS DEBERA PRESENTARSE EL TRAMITE DE RENOVACION DEL MISMO.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE SUBSANO	CUMPLE
	2.LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	3. SE DEBERAN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS QUE PERMITAN VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ACORDE CON SU NATURALEZA, CCAA O VISITA CON CONCEPTO HIGIENICO SANITARIO FAVORABLE POR LA ENTIDAD REGULADORA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	4-PARA DISTRIBUIDORES DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1		
			PÁGINA: 1 DE 1		
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084-2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 7	Proponente 8	Proponente 9
			LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S.	COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.	ADVANCE SCIENTIFIC DE COLOMBIA S.A.S.
			No. NIT:9 0 0 2 4 0 1 7 7-9	No. NIT:9 0 1 0 3 5 8 8 4-3	No. NIT:900.126.800-2
	5-EL OFERENTE DEBERA REMITIR LA INFORMACION TECNICA ACORDE CON LA MATRIZ SUMINISTRADA DURANTE EL PROCESO EN MEDIO MAGNETICO LA INFORMACION DE REGISTRO INVIMA, FECHA DE VENCIMIENTO DEL REGISTRO. DEBERA REMITIR LAS FICHAS TECNICAS QUE CORRESPONDAN A LOS CITADOS REGISTROS INVIMA. DE SER NECESARIO LA SUBRED SOLICITARA MUESTRA DE LOS EQUIPOS CONSUMIBLES Y LA BOMBA PARA VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LA CUAL SERA DEVUELTA AL MOMENTO DE FINALIZAR LA EVALUACION.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	6- SE DEBERA PRESENTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION A LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE SUBSANO
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ QUIMICA FARMACEUTICA PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCION ADMINISTRATIVA			

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA			CÓDIGO: AP-CT-F-61-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			VERSIÓN: 1	
				PÁGINA: 1 DE 1	
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		084-2020 S.NTE			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 10	Proponente 11	Proponente 12
			BLAÛ ARMACEUTICA COLOMBIA S.A.S	SOLINSA G.C. S.A.S.	LABORATORIOS BAXTER S.A
			No. NIT: 830.072.817-1	No. NIT:9 0 0 5 8 0 9 6 2-2	No. NIT: 980.300.292-0
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de)	1.SE DEBERA GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO INVIMA, EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DIAS DEBERA PRESENTARSE EL TRAMITE DE RENOVACION DEL MISMO.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE SUBANO	CUMPLE
	2.LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	CUMPLE
	3. SE DEBERAN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS QUE PERMITAN VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ACORDE CON SU NATURALEZA, CCAA O VISITA CON CONCEPTO HIGIENICO SANITARIO FAVORABLE POR LA ENTIDAD REGULADORA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	4-PARA DISTRIBUIDORES DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084-2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 10	Proponente 11	Proponente 12
			BLAU ARMACEUTICA COLOMBIA S.A.S	SOLINSA G.C. S.A.S.	LABORATORIOS BAXTER S.A
			No. NIT: 830.072.817-1	No. NIT:9 0 0 5 8 0 9 6 2-2	No. NIT: 980.300.292-0
acuerdo al proceso adelantado)	5-EL OFERENTE DEBERA REMITIR LA INFORMACION TECNICA ACORDE CON LA MATRIZ SUMINISTRADA DURANTE EL PROCESO EN MEDIO MAGNETICO LA INFORMACION DE REGISTRO INVIMA, FECHA DE VENCIMIENTO DEL REGISTRO. DEBERA REMITIR LAS FICHAS TECNICAS QUE CORRESPONDAN A LOS CITADOS REGISTROS INVIMA. DE SER NECESARIO LA SUBRED SOLICITARA MUESTRA DE LOS EQUIPOS CONSUMIBLES Y LA BOMBA PARA VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LA CUAL SERA DEVUELTA AL MOMENTO DE FINALIZAR LA EVALUACION.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	6- SE DEBERA PRESENTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION A LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE SUBSANO	CUMPLE	CUMPLE
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ QUIMICA FARMACEUTICA PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCION ADMINISTRATIVA			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA		CÓDIGO: AP-CT-F-58-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084 - 2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN ECONÓMICA		
			Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6
			JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A.	SALAMANCA RAFAEL ANTONIO	DISTRIBUIDORA SICMAFARMA SAS
			No. NIT: 890,101,815-9	No. NIT: 17,068,260-3	No. NIT:900,332,426-3
5. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente \$ 2.785.000	\$ 113.825.868	\$ 268.915.085	
	MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS	Puntaje Asignado	Puntaje Asignado	Puntaje Asignado	
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:		LUIS HERNESTO CHAPARRO VARGAS - PEDRO VILLAMIL CASTRO			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA		CÓDIGO: AP-CT-F-58-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	084 - 2020 S.NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN ECONÓMICA		
			Proponente 10		
			BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA SAS		
			No. NIT: 830,072,817-1		
5. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente \$ 1.437.413			
	MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS		Puntaje Asignado		
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:		LUIS HERNESTO CHAPARRO VARGAS - PEDRO VILLAMIL CASTRO		 	

CONSOLIDADO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

PROCESO No	084 - 2020
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESATACION DE SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Ítem	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1	ABACAVIR + LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR (600 + 300 + 50 MG)	TABLETA	A Demanda
2	ABACAVIR 20MG/ML /240 ML SOLUCION ORAL	FRASCO	A Demanda
3	ABACAVIR 300 MG	TABLETA	A Demanda
4	ABACAVIR SULFATO + LAMIVUDINA 600 + 300 MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
5	ABACAVIR SULFATO + LAMIVUDINA 600 + 300 MG TABLETA (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
6	ABACAVIR SULFATO, + LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA (300 + 150 + 300) MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
7	ABATACEP 250 MG	AMPOLLA	A Demanda
8	ABIRATERONA ACETATO 250 MG	TABLETA	A Demanda
9	ABIRATERONA ACETATO 500 MG	TABLETA	A Demanda
10	ACEITE DE RICINO SUSTANCIA PURA USP /30 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
11	ACEITE MINERAL CORPORAL	UNIDAD	A Demanda
12	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) 500 MG/ 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
13	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL)1 G/10 ML X 100 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
14	ACETAMINOFEN / CODEINA 325MG/ 30MG	TABLETA	A Demanda
15	ACETAMINOFEN / CODEINA 325MG/ 8MG	TABLETA	A Demanda
16	ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325/5 MG	TABLETA	A Demanda
17	ACETAMINOFEN 100MG/ML/30 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
18	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE /60 ML	JARABE	A Demanda
19	ACETAMINOFEN 150MG/5ML X 90 ML	JARABE	A Demanda
20	ACETAMINOFEN 500 MG	TABLETA	A Demanda
21	ACETATO DE ALUMINIO 0.05 G /100 A 120 ML	LOCION TOPICA	A Demanda
22	ACETATO DE ATOSIBAN EQUIVALENTE A ATOSIBAN 37,5 MG/ 5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
23	ACETATO DE ATOSIBAN EQUIVALENTE A ATOSIBAN 6,75 MG/0,9 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
24	ACETATO DE LEUPROLIDE 22.5 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
25	ACETATO DE METILPREDNISOLONA 40 MG / 1ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
26	ACETATO LEUPROLIDE 30 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
27	ACETAZOLAMIDA 250 MG	TABLETA	A Demanda
28	ACETIL COLINA 1% FRASCO 2ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
29	ACETIL COLINA 20MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE INTRAVITREA	A Demanda
30	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG	TABLETA	A Demanda
31	ACETIL SALICILICO ACIDO 500 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	17.108			17.108	DDB
	34.940			34.940	DDB
	747			747	DDB
	1.386			1.386	DDB
	3.995			3.995	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	28.916			28.916	DDB
	134.565			134.565	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	8.880			8.880	DDB
	163			163	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.412			1.412	DDB
	867			867	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	23			23	DDB
	3.548			3.548	DDB
	924.138			924.138	DDB
	166.345			166.345	DDB
	913.229			913.229	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	353			353	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	16			16	DDB
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
32	ACETILCISTEINA (N-ACETILCISTEINA) 100 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
33	ACETILCISTEINA (N-ACETILCISTEINA) 200 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
34	ACETILCISTEINA (N-ACETILCISTEINA) 600 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
35	ACETILCISTEINA 10% X FRASCO 25 ML	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	A Demanda
36	ACETILCISTEINA 2% X 50 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
37	ACETILCISTEINA 300MG/3ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
38	ACICLOVIR 200 MG	TABLETA	A Demanda
39	ACICLOVIR 200 MG/5ML X 90 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
40	ACICLOVIR 250 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
41	ACICLOVIR 3% TUBO 5 G	UNGUENTO OFTALMICO	A Demanda
42	ACICLOVIR 5% (5G/100G) TUBO 10 GRAMOS	UNGUENTO TOPICO	A Demanda
43	ACICLOVIR 800 MG	TABLETA	A Demanda
44	ACIDO AMINOSALICILICO ENEMA SUSPENSION 2 G/250 ML	FRASCO	A Demanda
45	ACIDO CARGLUMICO 200 MG	TABLETA	A Demanda
46	ACIDO FOLINICO 10MG/ML/ SOLUCION INYECTABLE/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
47	ACIDO FOLINICO 15 MG	TABLETA	A Demanda
48	ACIDO FOLINICO X 10 MG	CAPSULA	A Demanda
49	ÁCIDO HIPOCLOROSO 0,046G/100ML ANTISEPTICO REGENERADOR DE TEJIDOS FRASCO PEAD X 500 ML SPRAY	SOLUCION TOPICA	A Demanda
50	ACIDO HOLO-TRANS-RETINOICO 10 MG	TABLETA	A Demanda
51	ACIDO NALIDIXICO FCO X 120 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
52	ACITRETINA 10 MG	CAPSULA	A Demanda
53	ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINOGENO - ALTEPLASE (ACTILYSE®) 50 MG/50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
54	ADALIMUMAB 40 MG /0,8 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
55	ADAPALENE 0.1% TUBO X 30 GR	GEL	A Demanda
56	ADENOSINA 6MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
57	ADRENALINA 1MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
58	AFLIBERCEPT 40 MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
59	AGUA DESTILADA X 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
60	AGUA DESTILADA X 5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
61	ALBENDAZOL 100MG/5ML(2%) X 20 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
62	ALBENDAZOL 200 MG	TABLETA	A Demanda
63	ALBENDAZOL 400 MG	TABLETA	A Demanda
64	ALBUMINA HUMANA 20 %/50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
65	ALBUMINA HUMANA 20% CON BAJO CONTENIDO DE SAL X 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
66	ALCOHOL ETILICO X 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
67	ALENDRONICO ACIDO 10 MG	TABLETA	A Demanda
68	ALENDRONICO ACIDO 70 MG	TABLETA	A Demanda
69	ALFAMETILDOPA 250 MG	TABLETA	A Demanda
70	ALFUZOSINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
71	ALGINATO DE SODIO X 2.5G/100ML FRASCO X 360ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
72	ALOPURINOL 100 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	4.180			4.180	DDB
	112			112	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.125			3.125	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				380	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	13.253			13.253	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	27.711			27.711	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.370.299			1.370.299	DDB
	938.307			938.307	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	16.985			16.985	DDB
	398	379		379	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
	429	356		356	SICMAFARMA
	311	258		258	SICMAFARMA
	1.393			1.393	DDB
	212			212	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	93.258		110.998	93.258	DDB
	149.428			149.428	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	157			157	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	41.848			41.848	DDB
	48			48	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
73	ALOPURINOL 300 MG	TABLETA	A Demanda
74	ALPRAZOLAM 0.25 MG	TABLETA	A Demanda
75	ALPRAZOLAM 0.50 MG	TABLETA	A Demanda
76	ALQUITRAN DE HULLA 5G/100ML FRASCO X 120ML	LOCION	A Demanda
77	ALUMINIO ACETATO + CALCIO ACETATO 36 45MG + SULFATO DE ALUMINIO 51 80MG EN SOBRE	POLVO O GRANULOS	A Demanda
78	ALUMINIO ACETATO 0.05% - TUBO 60G	CREMA	A Demanda
79	ALUMINIO ACETATO 0.118G/100 ML/120ML/	LOCIÓN TOPICA	A Demanda
80	ALUMINIO ACETATO 2.2 G 1.18 GR/100	POLVO O GRANULOS	A Demanda
81	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA (4G+4G)/100ML SU /360 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
82	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 400MG+400MG	TABLETA	A Demanda
83	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG	TABLETA	A Demanda
84	ALUMINIO HIDROXIDO 6G/ 100 ML /360 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
85	AMANTADINA SULFATO 100 MG	TABLETA	A Demanda
86	AMBROXOL CLORHIDRATO 30 MG / 5 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
87	AMIKACINA (SULFATO) 100 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
88	AMIKACINA (SULFATO) 500 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
89	AMINOFILINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
90	AMINOFILINA 240MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
91	AMIODARONA 150MG/3ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
92	AMIODARONA CLORHIDRATO 200 MG	TABLETA	A Demanda
93	AMISULPRIDA 200 MG	TABLETA	A Demanda
94	AMITRIPTILINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
95	AMLODIPINO 10 MG	TABLETA	A Demanda
96	AMLODIPINO 5 MG	TABLETA	A Demanda
97	AMLODIPINO+VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (5+160+12.5)MG	TABLETA	A Demanda
98	AMOXICILINA - CLAVULANATO (250 MG/62.5 MG/5 ML) X 60 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
99	AMOXICILINA - CLAVULANATO 0.5G+0.1G FRASCO 70ML	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
100	AMOXICILINA - CLAVULANATO 1G+0.2G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
101	AMOXICILINA - CLAVULANATO 500MG+125MG	TABLETA	A Demanda
102	AMOXICILINA - CLAVULANATO 875MG+125MG	TABLETA	A Demanda
103	AMOXICILINA 125 MG-5ML X 60 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
104	AMOXICILINA 125MG/5ML X 45 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
105	AMOXICILINA 250 MG	TABLETA	A Demanda
106	AMOXICILINA 250 MG + CLAVULANATO DE POTASIO (COMO ACIDO CLAVULANICO 125 MG)	TABLETA	A Demanda
107	AMOXICILINA 250 MG/5ML X 100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
108	AMOXICILINA 250MG/5ML X 60 ML FRASCO	SUSPENSION ORAL	A Demanda
109	AMOXICILINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
110	AMPICILINA + SULBACTAM (SULTAMICILINA) 250/5ML	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
111	AMPICILINA + SULBACTAM (SULTAMICILINA) 250+125MG(375MG)	TABLETA	A Demanda
112	AMPICILINA + SULBACTAM 1 G + 0.5 G (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
	54			54	DDB
	55			55	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	3.548			3.548	DDB
	264			264	DDB
	5.584			5.584	DDB
				329	DDB
	329			329	DDB
	276			276	DDB
	3.817			3.817	DDB
	723			723	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	723			723	DDB
	986			986	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.169			2.169	DDB
	335			335	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	30			30	DDB
	35			35	DDB
	14			14	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	13.012			13.012	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	764			764	DDB
	1.034			1.034	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.410			2.410	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	124			124	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	952			952	DDB
	10.665			10.665	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
113	AMPICILINA 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
114	AMPICILINA 125MG/5ML X 60 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
115	AMPICILINA 250MG/5ML X 100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
116	AMPICILINA 500 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION A INYECTABLE	A Demanda
117	AMPICILINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
118	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 1 G	TABLETA	A Demanda
119	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICO 250MG/5ML (MOLECULA ORIGINAL)	SUSPENSION ORAL	A Demanda
120	AMPICILINA SÓDICA 1 G + SULBACTAM SÓDICO 0.5 G	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION A INYECTABLE	A Demanda
121	ANASTROZOL 1 MG	TABLETA	A Demanda
122	ANFOTERICINA B 50 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
123	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL 50 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
124	ANIDULAFUNGINA 100 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
125	APIXABAN 2,5 MG	TABLETA	A Demanda
126	APIXABAN 5,0 MG	TABLETA	A Demanda
127	APREPITAN 80 MG + 125 MG	TABLETA	A Demanda
128	ARGINATO DE HEMINA (HEMATIN (PANHEMATIN ®) 250 MG/10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
129	ARIPIPRAZOL 15 MG	TABLETA	A Demanda
130	ARTEMETER + LUMENFANTRINE 20+120MG	TABLETA	A Demanda
131	ARTESUNATO 60MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
132	ASCORBICO ACIDO 100MG/ML/30 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
133	ASCORBICO ACIDO 500 MG	TABLETA	A Demanda
134	ASCORBICO ACIDO 500MG/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
135	ASENAPINA 5 MG	TABLETA	A Demanda
136	ASPARAGINASA 10.000 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
137	ATAZANAVIR 150 MG	CAPSULA	A Demanda
138	ATAZANAVIR 200 MG	CAPSULA	A Demanda
139	ATAZANAVIR 300 MG	CAPSULA	A Demanda
140	ATOMOXETINA 18 MG	CAPSULA	A Demanda
141	ATOMOXETINA 25 MG	CAPSULA	A Demanda
142	ATOMOXETINA 40 MG	TABLETA	A Demanda
143	ATORVASTATINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
144	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA	A Demanda
145	ATORVASTATINA 40 MG	TABLETA	A Demanda
146	ATOSIBAN 7.5 MG	AMPOLLA	A Demanda
147	ATROPINA SULFATO 10 MG/ML FRASCO5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
148	ATROPINA SULFATO 1MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
149	AZACITIDINA 100 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
150	AZATIOPRINA 50 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	1.807	1.177		1.177	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.687	1.059		1.059	SICMAFARMA
	199			199	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	86.265			86.265	DDB
	1.446	2.316		1.446	DDB
	843			843	DDB
	27.711			27.711	DDB
	651.321			651.321	DDB
	710.553			710.553	DDB
	3.480			3.480	DDB
	3.480			3.480	DDB
	85.534			85.534	DDB
	29.712.643			29.712.643	DDB
	422	495		422	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	3.434			3.434	DDB
	59			59	DDB
	4.699			4.699	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	221.600			221.600	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.687			1.687	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	51			51	DDB
	118			118	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	24.458			24.458	DDB
	402	422		402	DDB
	853.133	673.685		673.685	SICMAFARMA
	699			699	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
151	AZITROMICINA 1 G	TABLETA	A Demanda
152	AZITROMICINA 200MG/5ML X 100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
153	AZITROMICINA 500 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
154	AZITROMICINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
155	AZTREONAM 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
156	AZUL DE METILENO 10MG/ML/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
157	AZUL DE METILENO AL 1 % (10 MG/ML) X 5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
158	BACILLUS CALMETTE GUERIN 40 MG (VACUNA BCG) POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN PARA INSTILACIÓN INTRAVESICAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
159	BACLOFENO 10 MG	TABLETA	A Demanda
160	BARIO SULFATO CITRATADO 97.20500 MG/397G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION RECTAL	A Demanda
161	BARIO SULFATO POLVO PARA RECONSTITUIR X 340G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
162	BECLOMETASONA BUCAL 250MCG/DOSIS (200 DOSIS)	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
163	BECLOMETASONA BUCAL 50MCG/DOSIS 200 DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION - INHALADOR	A Demanda
164	BECLOMETASONA NASAL 250 MCG /DOSIS X 10ML(200DOSIS)	SOLUCION PARA INHALACION/INHALADOR	A Demanda
165	BECLOMETASONA NASAL 50 MCG /DOSIS X 10 ML (200 DOSIS)	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
166	BENCILO BENZOATO 25% /FCO 120ML	LOCION TOPICA	A Demanda
167	BENCILO BENZOATO 30% X FCO 120 ML	LOCION TOPICA	A Demanda
168	BENOXINATO HCL 0.4%	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
169	BENZONIDAZOL 100 MG	TABLETA	A Demanda
170	BETAHISTINA 8 MG	TABLETA	A Demanda
171	BETAMETASONA 0,05% X TUBO 15G	CREMA TOPICA	A Demanda
172	BETAMETASONA 0,05% X TUBO 20 G	CREMA TOPICA	A Demanda
173	BETAMETASONA 0.04%+ CLOTRIMAZOL 1.0% + NEOMICINA 0.5%	SOLCUION FRASCO	A Demanda
174	BETAMETASONA 0.05% TUBO 40 G	CREMA TOPICA	A Demanda
175	BETAMETASONA 4MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
176	BETAMETASONA 8MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
177	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO (3MG+3MG)/ML	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
178	BETAMETIL DIGOXINA 0,1 MG	TABLETA	A Demanda
179	BETAMETIL DIGOXINA 0,2MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
180	BETAMETIL DIGOXINA 0,60MG/10 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
181	BICALUTAMIDA 150 MG	TABLETA	A Demanda
182	BICALUTAMIDA 50 MG	TABLETA	A Demanda
183	BIPERIDENO 2 MG	TABLETA	A Demanda
184	BIPERIDENO LACTATO 5MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
185	BISACODILO 5 MG	TABLETA	A Demanda
186	BISOPROLOL FUMARATO 1,25 MG	TABLETA	A Demanda
187	BISOPROLOL FUMARATO 10 MG	TABLETA	A Demanda
188	BISOPROLOL FUMARATO 5 MG	TABLETA	A Demanda
189	BISOPROPOL FUMARATO 2.5 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	37.349			37.349	DDB
	452			452	DDB
	11.084			11.084	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	21.687			21.687	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.707			1.707	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	5.060			5.060	DDB
	4.398			4.398	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	7.581			7.581	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	5.639			5.639	DDB
	63.494			63.494	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	139			139	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.145			1.145	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	2.771			2.771	DDB
	383	306		306	SICMAFARMA
	518			518	DDB
	3.072			3.072	DDB
	542			542	DDB
	3.253			3.253	DDB
	21.687			21.687	DDB
	3.373			3.373	DDB
	1.048			1.048	DDB
	134			134	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	36			36	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.209			1.209	DDB
	604			604	DDB
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
190	BORTEZOMIB 3,5 MG (IM/SC)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
191	BOSENTAN 125 MG	TABLETA	A Demanda
192	BOSENTAN 62,5 MG	TABLETA	A Demanda
193	BRIMONIDINA 2MG/ML X FRASCO 5 ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
194	BROMOCRIPTINA 2,5 MG	TABLETA	A Demanda
195	BROMURO DE GLICOPIRRONIO 50 MCG	CAPSULA PARA INHALACION	A Demanda
196	BUDESONIDA + FORMOTEROL (200 + 6) MCG POLVO PARA ADMINISTRACION BUCAL CON DIS/120 DOSIS	POLVO PARA NEBULIZACION	A Demanda
197	BUDESONIDA 0.5MG/ ML SOLUCION PARA INHALACION BUCAL / 2 ML	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
198	BUDESONIDA 0.5MG/ ML X FRASCO 2 ML	SUSPENSION PARA INHALACION NASAL	A Demanda
199	BUDESONIDA 100 MCG/DOSIS AEROSOL BUCAL 200 DOSIS	INHALADOR	A Demanda
200	BUDESONIDA 200 MCG X 200 DOSIS	INHALADOR	A Demanda
201	BUDESONIDA 3 MG	CAPSULA	A Demanda
202	BUDESONIDA 320 MCG + FORMETEROL 9 MCG/ DOSIS SUSPENSION DE NEBULIZAR	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
203	BUPIVACAÍNA + DEXTROSA 20 MG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
204	BUPIVACAÍNA 50 MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
205	BUPIVACAÍNA 50MG/50ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
206	BUPIVACAÍNA 5MG/ML -20ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
207	BUPIVACAÍNA CON EPINEFRINA 0.50% C-E AMPOLLA X 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
208	BUPIVACAÍNA CON EPINEFRINA 50 MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
209	BUPIVACAÍNA CON EPINEFRINA 50MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
210	BUPIVACAINA LEVOGIRA+DEXTROSA 0,75% AMPOLLA /4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
211	BUPROPION CLORHIDRATO 150 MG	TABLETA	A Demanda
212	BUSULFAN 2 MG	TABLETA	A Demanda
213	BUTILBROMURO DE HIOSCINA DIPIRONA (20 MG + 2.5 G)/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
214	CABERGOLINA 0.5 MG	TABLETA	A Demanda
215	CAFEINA CITRATO 20 MG/ML (EQUIVALENTES A 10 MG/ML DE CAFEÍNA BASE).)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
216	CAFEINA CITRATO 20 MG/ML (MOLECULA ORIGINAL)	AMPOLLA	A Demanda
217	CAFEINA CITRATO 60MG/3ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
218	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 1500MG + 200UI	TABLETA	A Demanda
219	CALCIO CARBONATO 600MG CALCIO BASE	TABLETA	A Demanda
220	CALCIO GLUCONATO 10% /10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
221	CALCITRIOL 0,25 MCG	CAPSULA	A Demanda
222	CALCITRIOL 0,50 MCG	CAPSULA	A Demanda
223	CAPECITABINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
224	CAPTOPRIL 25 MG	TABLETA	A Demanda
225	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA	A Demanda
226	CARBAMAZEPINA 100MG/5ML X 120 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
227	CARBAMAZEPINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
228	CARBAMAZEPINA 400 MG	TABLETA	A Demanda
229	CARBAMAZEPINA 400 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
230	CARBETOCINA 100 MCG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
231	CARBON ACTIVADO 1 G/5 ML/250 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
	18.795			18.795	DDB
	18.795			18.795	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	783			783	DDB
	3.551			3.551	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	97.536			97.536	DDB
	2.687			2.687	DDB
	2.096	1.106		1.106	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
	20.120			20.120	DDB
	17.596			17.596	DDB
	14.458			14.458	DDB
	14.458			14.458	DDB
	6.542			6.542	DDB
	1.708			1.708	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.446	1.285		1.285	SICMAFARMA
	2.892			2.892	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	17.357			17.357	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	100			100	DDB
	120			120	DDB
	2.140			2.140	DDB
	54			54	DDB
	55			55	DDB
	4.643			4.643	DDB
	124			124	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	680			680	DDB
	79.952			79.952	DDB
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
232	CARBON ACTIVADO 50G POLVO ORAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
233	CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D 37.5 MG + 5UI/5ML FRASCO 240 ML	SUSPENSION	A Demanda
234	CARBOXIMALTOSA DE HIERRO 1800 MG EQUIVALENTE A HIERRO AL 5% X 10 ML SOLUCION COLOIDAL FRASCO-VIAL 500MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
235	CARBOXIMETILCELULOSA 10MG/ ML FRASCO15ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
236	CARBOXIMETILCELULOSA 5MG/ ML FRASCO 15ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
237	CARVEDILOL 12,5 MG	TABLETA	A Demanda
238	CARVEDILOL 25 MG	TABLETA	A Demanda
239	CARVEDILOL 6.25 MG	TABLETA	A Demanda
240	CASPOFUNGINA 50 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
241	CASPOFUNGINA 50 MG (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
242	CASPOFUNGINA 70 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
243	CASPOFUNGINA 70 MG (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
244	CEFALEXINA 125 MG/5ML X 100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
245	CEFALEXINA 250 MG/5ML X 100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
246	CEFALEXINA 250 MG/5ML X 60 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
247	CEFALEXINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
248	CEFALOTINA 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
249	CEFAZOLINA 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
250	CEFEPIMA 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
251	CEFEPIMA 1 G MOLECULA ORIGINAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
252	CEFOPERAZONA + SULBACTAM 1G+0.5G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
253	CEFOTAXIME 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
254	CEFRADINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
255	CEFTAROLINA FOSAMILO MONOACETATO MONOHIDRATO 668,4 MG EQUIVALENTE A CEF TAROLINA FOSAMILO EQUIVALENTE A 600 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
256	CEFTAZIDIMA 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
257	CEFTRIAXONA 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
258	CEFTRIAXONA 1 G MOLECULA ORIGINAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
259	CEFTRIAXONA 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
260	CEFUROXIMA 250 MG/5ML 70 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
261	CEFUROXIMA 500 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	676.822			676.822	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.012			3.012	DDB
	83			83	DDB
	95			95	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	219.000			219.000	DDB
	245.977			245.977	DDB
	348.621			348.621	DDB
	379.310			379.310	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	237			237	DDB
	2.199			2.199	DDB
		2.053		2.053	SICMAFARMA
	3.249	4.211		3.249	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	4.217			4.217	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	137.931			137.931	DDB
	4.016			4.016	DDB
	1.115	1.264		1.115	DDB
	25.083			25.083	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	75.985			75.985	DDB
	3.840			3.840	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
262	CEFUROXIMA 750 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION PARENTERAL	A Demanda
263	CIANOCOBALAMINA 1MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
264	CICLOFOSFAMIDA 1 G	AMPOLLA	A Demanda
265	CICLOFOSFAMIDA 50 MG	TABLETA	A Demanda
266	CICLOFOSFAMIDA 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
267	CICLOPENTOLATO CLORHIDRATO 10 MG/ML (1%)	AMPOLLA	A Demanda
268	CICLOSERAMINA 250 MG	AMPOLLA	A Demanda
269	CICLOSPORINA 0.1% X 5 ML.	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
270	CICLOSPORINA 100 MG	CAPSULA	A Demanda
271	CICLOSPORINA 100MG/ML/50 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
272	CICLOSPORINA 25 MG	CAPSULA	A Demanda
273	CICLOSPORINA 50 MG	CAPSULA	A Demanda
274	CICLOSPORINA 50MG/ML/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
275	CILOSTAZOL 100 MG	TABLETA	A Demanda
276	CILOSTAZOL 50 MG	TABLETA	A Demanda
277	CIPIONATO DE ESTRADIOL + ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 5MG+25MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
278	CIPROFIBRATO 100 MG	TABLETA	A Demanda
279	CIPROFLOXACINA 0,03% + HIDROCORTISONA 0,1%	UNGÜENTO - CREMA	A Demanda
280	CIPROFLOXACINA 100MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
281	CIPROFLOXACINA 200MG/100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
282	CIPROFLOXACINA 250 MG	TABLETA	A Demanda
283	CIPROFLOXACINA 3 MG X 5 ML.	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
284	CIPROFLOXACINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
285	CIPROTERONA 50 MG	TABLETA	A Demanda
286	CISATRACURIO BESILATO 10 MG (MOLECULA ORIGINAL)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
287	CISATRACURIO BESILATO 10 MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
288	CITICOLINA 500 MG/2 ML X 2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
289	CITRATO DE CALCIO 500 MG	TABLETA	A Demanda
290	CITRATO DE CALCIO X 500 MG SOBRE	POLVO	A Demanda
291	CLARITROMICINA 125G FRASCOX 32G DE GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A 50 ML	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
292	CLARITROMICINA 125MG/5ML SUSPENSION ORAL / 100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
293	CLARITROMICINA 250 MG/5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO 50 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
294	CLARITROMICINA 250MG/5ML SUSPENSION ORAL /100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
295	CLARITROMICINA 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
296	CLARITROMICINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
297	CLARITROMICINA 500 MG/1(CON ACIDO LACTO BIÓNICO; HIDRÓXIDO DE SODIO CSP. PH 4,8 A 6,0, Y AGUA PARA INYECCIÓN Y LOGRAR ASÍ UNA SOLUCIÓN DE 50 MG/ML.) (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
298	CLEMASTINA (BIFUMARATO) 1MG/ ML AMPOLLA X 2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
299	CLINDAMICINA 300 MG	CAPSULA	A Demanda
300	CLINDAMICINA 600MG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
301	CLOBAZAM 10 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	6.245			6.245	DDB
	747			747	DDB
	39.640		58.473	39.640	DDB
	1.677			1.677	DDB
	32.183			32.183	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	6.810			6.810	DDB
	687.155			687.155	DDB
	1.703			1.703	DDB
	3.405			3.405	DDB
	16.082			16.082	DDB
	645			645	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	361			361	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.325			1.325	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	131			131	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	14.458			14.458	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	12.048		15.998	12.048	DDB
	550			550	DDB
	19.989			19.989	DDB
	9.206			9.206	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.749			1.749	DDB
	271			271	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
302	CLOBAZAM 10 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
303	CLOBAZAM 20 MG	TABLETA	A Demanda
304	CLOBAZAM 20 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
305	CLODRONATO DISODICO 300MG/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
306	CLOFAZIMINA 100 MG	CAPSULA	A Demanda
307	CLONAZEPAM 0.5 MG	TABLETA	A Demanda
308	CLONAZEPAM 2 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
309	CLONAZEPAM 2.5MG/ML/20 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
310	CLONAZEPAM 2.0 MG	TABLETA	A Demanda
311	CLONIDINA CLORHIDRATO 150 MCG	TABLETA	A Demanda
312	CLOPIDOGREL 75 MG	TABLETA	A Demanda
313	CLORAMBUCILO 2 MG	TABLETA	A Demanda
314	CLORANFENICOL 1 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
315	CLORANFENICOL 250 MG	CAPSULA	A Demanda
316	CLORFENIRAMINA 2MG/5ML	JARABE	A Demanda
317	CLORFENIRAMINA 4 MG	TABLETA	A Demanda
318	CLORHEXIDINA 200MG/ML- 180ML	FRASCO	A Demanda
319	CLOROQUINA 100MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
320	CLOROQUINA 150 MG	TABLETA	A Demanda
321	CLOROQUINA 250 MG	TABLETA	A Demanda
322	CLOROQUINA 720MG/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
323	CLORURO DE SODIO: 176.8 MG, CITRATO DE POTASIO MONOHIDRATADO: 108.2 MG, GLUCONATO DE ZN: 2.100 MG, GLUCOSA MONOHIDRATADA 1.780 G EQUIVALENTE A 1.618 G DE GLUCOSA ANHIDRA. (SUERO ORAL 60 MEQ) COMPLEJA SOLUCION ORAL X 500 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
324	CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA/TUBO	UNGUENTO TOPICO	A Demanda
325	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL/TUBO	CREMA VAGINAL	A Demanda
326	CLOTRIMAZOL 100MG TABLETA VAGINAL	OVULO VAGINAL	A Demanda
327	CLOTRIMAZOL 10MG/ML X FRASCO 30 ML	SOLUCION TOPICA	A Demanda
328	CLOZAPINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
329	CLOZAPINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
330	COLAGENASA (CLOSTRIDIOPEPTIDASA) 120UI/100G X 20 G	CREMA TOPICA	A Demanda
331	COLAGENASA (CLOSTRIDIOPEPTIDASA) 120UI/100G X 40 G	CREMA TOPICA	A Demanda
332	COLCHICINA 0.5 MG	TABLETA	A Demanda
333	COLECALCIFEROL (VITAMINA D) 5600 UI	SOLUCION ORAL	A Demanda
334	COLESTIRAMINA 4G	POLVO ORAL	A Demanda
335	COLISTIMETATO 150 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
336	COLISTIMETATO DE SODIO 1.000.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
337	COLISTIMETATO DE SODIO 384 MG EQUIVALENTE A 150 MG DE COLISTINA BASE	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
338	COLISTINA METANSULFONATO DE SODIO 100 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
339	COLISTINA SULFATO 1.5 MG + HIDROCORTISONA ACETATO 0.5 MG + NEOMICINA SULFATO 5 MG	FRASCO	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	612			612	DDB
	301			301	DDB
	1.272			1.272	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	7.229			7.229	DDB
	60			60	DDB
	1.407			1.407	DDB
	3.563			3.563	DDB
	58			58	DDB
	36			36	DDB
	96			96	DDB
	9.434			9.434	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.651			1.651	DDB
	24			24	DDB
	10.723			10.723	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	205			205	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.470			1.470	DDB
	2.349			2.349	DDB
	148			148	DDB
	1.252			1.252	DDB
	72			72	DDB
	45			45	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	86			86	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.104			1.104	DDB
	64.999			64.999	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	10.843			10.843	DDB
	2.410			2.410	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
340	COMPLEJO B (VIT B1+ B2+ B6 + NICOTINAMIDA) X 10ML (25+5+50+50)MG	FRASCO	A Demanda
341	COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR 500 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
342	COMPLEJO PROTOMBINICO HUMANO -FACTORES DE COAGULACION II VII IX X 500 UI	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
343	SELLANTE QUIRURGICO X 2ML	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
344	CREMA PROTECTORA Y REGENERADORA ANTIESCARASCREMA TOPICA	CREMA TOPICA	A Demanda
345	CROMOGLICATO 20MG/ML X FRASCO X 5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
346	CROMOGLICATO DE SODIO 20MG/ML	SOLUCION NASAL	A Demanda
347	CROMOGLICATO DE SODIO 4% FRASCO X 10 ML	SOLUCION NASAL	A Demanda
348	CROMOGLICATO DE SODIO 40MG/ML FRASCO X 5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
349	CROTAMITON 10% X FRASCO X 30ML	LOCION TOPICA	A Demanda
350	DABIGATRAN ETEXILATO 110 MG	CAPSULA	A Demanda
351	DABIGATRAN ETEXILATO 150 MG	CAPSULA	A Demanda
352	DACARBAZINA 200 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
353	DALTEPARINA 2500UI/0.2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
354	DALTEPARINA 5000 UI/0.2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
355	DALTEPARINA10000 UI/0.4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
356	DALTEPARINA7500 UI/0.3ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
357	DANAZOL 200 MG	CAPSULA	A Demanda
358	DANTROLENE SÓDICO 20 MG FRASCO X 60 ML	FRASCO	A Demanda
359	DAPSONA 100 MG	TABLETA	A Demanda
360	DAPTOMICINA 350 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
361	DAPTOMICINA 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
362	DARUNAVIR 400 MG	TABLETA	A Demanda
363	DARUNAVIR 600 MG	TABLETA	A Demanda
364	DARUNAVIR ETANOLATO 800 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
365	DEFERASIROX 500 MG	TABLETA	A Demanda
366	DEFEROXAMINA 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
367	DEFLAZACORT 6 MG	TABLETA	A Demanda
369	DESCLORATADINA 0.50MG/1 ML/60 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
370	DESMOPRESINA 120 MCG	TABLETA SUBLINGUAL	A Demanda
371	DESMOPRESINA 15 MCG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
372	DESMOPRESINA ACETATO (EQUIVALENTE A DESMOPRESINA 0.25 MG)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
373	DESMOPRESINA ACETATO EQUIVALENTE A 0,089 MG DE DESMOPRESINA	SOLUCION INTRANASAL - GOTAS NAALES	A Demanda
374	DESONIDA 0.1% X 15 G	CREMA TOPICA	A Demanda
375	DESVENLAFAXINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
376	DESVENLAFAXINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
377	DEXAMETASONA + NEOMICINA + POLIMIXINA 0,1%+0,35%+6.000UI/ML FRASCOX5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
378	DEXAMETASONA 4MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
379	DEXAMETASONA 700 MCG IMPLANTE INTRAOCULAR	SOLUCION INYECTABLE INTRAVITREA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
				1.339.655	DDB
	1.339.655			1.535.000	DDB
	1.535.000			720.000	JOHNSON & JHONSON
\$ 720.000				DESIERTO	DESIERTO
	7.782			7.782	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.651			2.651	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	2.673			2.673	DDB
	3.558			3.558	DDB
	30.186	17.895	25.054	17.895	SICMAFARMA
	6.425			6.425	DDB
	12.800			12.800	DDB
	25.600			25.600	DDB
	19.200			19.200	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	174.699			174.699	DDB
	242.406			242.406	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	12.853			12.853	DDB
	30.818			30.818	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	750			750	DDB
	1.867			1.867	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	70.325			70.325	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	102.561			102.561	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.716			1.716	DDB
	284	290		284	DDB
	3.212.079			3.212.079	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
380	DEXAMETASONA 8 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
381	DEXMETETOMIDINA 100MCG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
382	DEXMETETOMIDINA PREMEZCLADA 400 MCG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
383	DIAZEPAM 10 MG	TABLETA	A Demanda
384	DIAZEPAM 10MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
385	DIAZOXIDO 300MG/20ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
386	DICLOFENACO + ALCOHOL BENCILICO, BISULFITO SODICO, MANITOL Y PROPLENGLICOL 75 MG/ 3 ML (MOLECULA ORIGINAL)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
387	DICLOFENACO 50 MG	TABLETA	A Demanda
388	DICLOFENACO 75MG/3ML IV/IM	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
389	DICLOFENACO AL 1% TUBO X50G	GEL	A Demanda
390	DICLOXACILINA 125 MG / 5 ML FRASCO X80 ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	A Demanda
391	DICLOXACILINA 125MG/5ML FRASCOX 45 ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	A Demanda
392	DICLOXACILINA 250MG/5ML 80 ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	A Demanda
393	DICLOXACILINA 500 MG	CAPSULA	A Demanda
394	DIDANOSINA 100 MG	CAPSULA	A Demanda
395	DIDANOSINA 25 MG	CAPSULA	A Demanda
396	DIDANOSINA 400 MG	CAPSULA	A Demanda
397	DIENOGEST + ETINILESTRADIOL 2 MG + 0,03 MG	COMPRIMIDO	A Demanda
398	DIENOGEST 2 MG	COMPRIMIDO	A Demanda
399	DIFENHIDRAMINA 100MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
400	DIFENHIDRAMINA 12,5MG/5ML/120ML	JARABE	A Demanda
401	DIFENHIDRAMINA 50 MG	CAPSULA	A Demanda
402	DIHIDROCODEINA 13,6MG/ML/30 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
403	DIHIDROCODEINA 2,42MG/ML X 120 ML	JARABE	A Demanda
404	DIHIDROERGOTOXINA 4,5 MG	TABLETA	A Demanda
405	DILTIAZEM 60 MG	TABLETA	A Demanda
406	DIMENHIDRINATO 50 MG	TABLETA	A Demanda
407	DINOPROSTONA 10 MG	OVULO VAGINAL	A Demanda
408	DINOPROSTONE 3 G	OVULO VAGINAL	A Demanda
409	DIOSMINA + HESPERIDINA (RUSCUS ACULEATUS) 500 MG	TABLETA	A Demanda
410	DIPIRONA 1G /2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
411	DIPIRONA SODICA 2.5 G/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
412	DIVALPROATO DE SODICO 500 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
413	DIVALPROATO DE SODIO (VALPROATO DE SODIO 500 MG/5 ML	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
414	DIVALPROATO DE SODIO X 250 MG	TABLETA	A Demanda
415	DOBESILATO DE CALCIO X 500 MG	CAPSULA	A Demanda
416	DOBUTAMINA 250MG/20ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
417	DOLUTEGRAVIR 50 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
418	DOMPERIDONA 0.1G/100ML FRASCO X 60 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
419	DOMPERIDONA 10 MG	TABLETA	A Demanda
420	DOMPERIDONA 1MG/ML FRASCO 60 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
421	DONEPECILO 10 MG	TABLETA	A Demanda
422	DONEPECILO 5 MG	TABLETA	A Demanda
423	DOPAMINA 200MG/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	294	347		294	DDB
	8.713			8.713	DDB
	147.999			147.999	DDB
	395			395	DDB
	1.395	1.196		1.196	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
	8.157			8.157	DDB
	40			40	DDB
	288	332		288	DDB
	3.047			3.047	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.783			2.783	DDB
	241			241	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	4.293			4.293	DDB
	1.631			1.631	DDB
	108			108	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	80			80	DDB
	48			48	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	276	332		276	DDB
	578			578	DDB
	1.455			1.455	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	728			728	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	5.904			5.904	DDB
	17.108			17.108	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
		1.316		1.316	SICMAFARMA

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
424	DORIPENEM 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
425	DORNASA ALFA (PUL.MOZYME)2,5 MG/2,5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
426	DORZOLAMIDA 20MG/ ML FRASCO X 5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
427	DOXAZOSINA 2 MG	TABLETA	A Demanda
428	DOXAZOSINA 4 MG	TABLETA	A Demanda
429	DOXICICLINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
430	DULOXETINA CLORHIDRATO 30 MG	CAPSULA	A Demanda
431	DULOXETINA CLORHIDRATO 60 MG	CAPSULA	A Demanda
432	DUTASTERIDE + TAMSULOSINA 0,5 MG + 0,4 MG	CAPSULA	A Demanda
433	EDETATO DE SODIO Y CALCIO 200MG/ML/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
434	EFAVIRENZ 200 MG	CAPSULA	A Demanda
435	EFAVIRENZ 50 MG CAPSULA	CAPSULA	A Demanda
436	EFAVIRENZ 600 MG	CAPSULA	A Demanda
437	EFAVIRENZ 600 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
438	EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO/600 MG/200 MG/300 MG	TABLETA	A Demanda
439	EFEDRINA 60MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
440	ELTROMBOPAG 25 MG	TABLETA	A Demanda
441	ELTROMBOPAG 50 MG	TABLETA	A Demanda
442	ELVITEGRAVIR + COBICISTAT + EMTRICITABINA + TENOFOVIR 150 MG+ 150 MG+200 MG+300MG	TABLETA	A Demanda
443	EMTRICITABINA + TENOFOVIR +RILPIVIRINA (200 MG +300 MG+ 25 MG)	TABLETA	A Demanda
444	EMTRICITABINA+TENOFOVIR 200+300MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA Y/O CAPSULA	A Demanda
445	EMTRICITRABINA + TENOFOVIR 200+300 MG	TABLETA	A Demanda
446	ENALAPRIL 20 MG	TABLETA	A Demanda
447	ENALAPRIL 5 MG	TABLETA	A Demanda
448	ENANTATO DE NORETISTERONA 50 MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
449	ENANTATO DE NORETISTERONA/50MG + VALERATO DE ESTRADIOL/5MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
450	ENOXAPARINA 20 MG/0,2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
451	ENOXAPARINA 40 MG/0,4 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
452	ENOXAPARINA 60 MG/0,6 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
453	ENOXAPARINA 80 MG/0,8 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
454	ENOXAPARINA SODICA 20 MG/0,2 ML MOLECULA ORIGINAL	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
455	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML MOLECULA ORIGINAL	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
456	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/0,6 ML MOLECULA ORIGINAL	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
457	ENOXAPARINA SODICA 80 MG/0,8 ML MOLECULA ORIGINAL	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
458	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200MG+12,5MG+50MG	TABLETA	A Demanda
459	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200MG+18,75MG+75MG	TABLETA	A Demanda
460	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200MG+31,25MG+125MG	TABLETA	A Demanda
461	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200MG+37,5MG+150MG	TABLETA	A Demanda
462	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200MG+50MG+200MG	TABLETA	A Demanda
463	ENTECAVIR 0.5 MG	TABLETA	A Demanda
464	ENTECAVIR 1 MG	TABLETA	A Demanda
465	EPINEFRINA (RACEMICA) 11.25MG/0,5 ML VIAL DE 0,5ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION NASAL	A Demanda
466	EPIRUBICINA 50MG/25ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	56.017			56.017	DDB
	69.058			69.058	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	361			361	DDB
	347			347	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.154			1.154	DDB
	2.305			2.305	DDB
	3.494			3.494	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	401			401	DDB
	14.591			14.591	DDB
	16.858			16.858	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	199.998			199.998	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	19.891			19.891	DDB
	12.579			12.579	DDB
	1.446			1.446	DDB
	31			31	DDB
	29			29	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.391			3.391	DDB
	8.240			8.240	DDB
	9.129			9.129	DDB
	13.180			13.180	DDB
	16.556			16.556	DDB
	8.240			8.240	DDB
	9.129			9.129	DDB
	13.180			13.180	DDB
	23.267			23.267	DDB
	4.040			4.040	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	4.040			4.040	DDB
	4.040			4.040	DDB
	20.866			20.866	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
		10.434		10.434	SICMAFARMA
			147.506	147.506	BLAU FARMACEUTICA

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
497	ESTREPTOQUINASA750.000UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
498	ESTROGENOS CONJUGADOS 0,625 MG X TUBO 40 G	CREMA VAGINAL	A Demanda
499	ESTROGENOS CONJUGADOS 1,25 MG	TABLETA	A Demanda
500	ESTROGENOS CONJUGADOS 2.5 MG	TABLETA	A Demanda
501	ESTROGENOS CONJUGADOS 25 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
502	ESTROGENOS CONJUGADOS O ASOCIADOS 0,625 MG	TABLETA	A Demanda
503	ETAMBUTOL 400MG	TABLETA	A Demanda
504	ETANERCEPT 50 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
505	ETILEFRINA 10MG /ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
506	ETIONAMIDA 250 MG	TABLETA	A Demanda
507	ETOMIDATO 20MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
508	ETONOGESTREL 68 MG	IMPLANTE SUBDERMICO	A Demanda
509	ETORICOXIB 120 MG	TABLETA	A Demanda
510	ETOSUXIMIDA 250 MG	CAPSULA	A Demanda
511	ETRAVIRINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
512	EVEROLIMUS 0.75 MG	TABLETA	A Demanda
513	EVEROLIMUS 10 MG	TABLETA	A Demanda
514	EXEMESTANO 25 MG	TABLETA	A Demanda
515	EXTRACTO ACUOSO DE TRITICUM VULGARE ®	FRASCO	A Demanda
516	EXTRACTO ACUOSO DE TRITICUM VULGARE 15 G + FENOXIETANOL 1G/100G TUBO POR 32 G	CREMA	A Demanda
517	EZETIMIBA 10 MG	TABLETA	A Demanda
518	EZETIMIBA 10 MG + SIMVASTATINA 20 MG	TABLETA	A Demanda
519	FACTOR ANTIHEMOFILICO (PLASMATICO) VIII 500 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
520	FACTOR ANTIHEMOFILICO (RECOMBINANTE) IX X 500 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
521	FACTOR ANTIHEMOFILICO 100 UI DE FACTOR VIII	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
522	FACTOR ANTIHEMOFILICO 100 UI. DE FACTOR IX	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
523	FACTOR ANTIHEMOFILICO HUMANO IX 500 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
524	FACTOR ANTIHEMOFILICO VII (RECOMBINANTE) 2,4 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
525	FACTOR ANTIHEMOFILICO VII (RECOMBINANTE)2.0 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.969			1.969	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	13.795			13.795	DDB
	127.999			127.999	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	17.868			17.868	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	30.972			30.972	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	531.250			531.250	DDB
	928.735			928.735	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	928.735			928.735	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
526	FACTOR ANTIHEMOFILICO VII 1MG (RECOMBINANTE)1 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
527	KIT ADHESIVO BIOLOGICO DE DOS COMPONENTES 0,2 NG/ML	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
528	FACTOR ANTIHEMOFILICO VIII CON FACTOR DE VON WILLEBRAND X 500 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
529	FACTOR ANTIHEMOFILICO VIII X 250 U.I	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
530	FACTOR ANTIHEMOFILICO VIII X 500.000 UI	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
531	FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDERMICO HUMANO RECOMBINANTE FCE.REC 0.001G/100G TUBO X 20G	CREMA	A Demanda
532	FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDERMICO RECOMBINANTE HUMANO 75 MCG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
533	FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIA DE GRANULOCITOS 300 UG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
534	FACTOR IX HUMANO DE LA COAGULACION X 600 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION A SOLUCION O SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
535	FACTOR VIII CON FACTOR DE VON WILLEBRAND 1.000 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION A SOLUCION O SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
536	FACTOR VIII DE COAGULACION HUMANO 500.000 UI	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION A SOLUCION O SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
537	FACTORES DE LA COAGULACION II, VII, IX Y X + PROTEINA C Y S 1000 UI (OCTAPLEX)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
538	FAMPRIDINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
539	FENILEFRINA 1,2MG/ML + PREDNISOLONA 10MG/ML (0.12+1)% FRASCOX5ML	SUSPENSION OFTALMICA	A Demanda
540	FENILEFRINA CLORHIDRATO 10 % FRASCO X5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
541	FENILEFRINA CLORHIDRATO 10 MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
542	FENILEFRINA CLORHIDRATO 2.5% FRASCO X 5 ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
543	FENITOINA (MOLECULA ORIGINAL) 250MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
544	FENITOINA 100 MG	CAPSULAS DE LIBERACION PROLONGADA	A Demanda
545	FENITOINA 100 MG	CAPSULA	A Demanda
546	FENITOINA 100 MG (MOLECULA ORIGINAL)	CAPSULA	A Demanda
547	FENITOINA 125MG/5ML FRASCO X 240 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
548	FENITOINA 2.5 G X 240 ML FRASCO	SUSPENSION ORAL	A Demanda
549	FENITOINA 2.5G / 100 ML (MOLECULA ORIGINAL)	SUSPENSION ORAL	A Demanda
550	FENITOINA 250MG/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
551	FENITOINA SODICA 100 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
552	FENOFIBRATO 200 MG	TABLETA	A Demanda
553	FENTANILO 16.8 MG	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
554	FENTANILO 4,8MG PARA LIBERACION NOMINAL A LA CIRCULACION SITEMICA DE 25G/H	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
555	FENTANILO CITRATO 0,05MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
556	FENTANILO CITRATO 12,6 MG	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
557	FENTANILO CITRATO 250 MCG /ML X 5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	1.984.957			1.984.957	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	553.399			553.399	DDB
	265.625			265.625	DDB
	531.250			531.250	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.823.574			1.823.574	DDB
	21.687			21.687	DDB
	668.965			668.965	DDB
	1.106.798			1.106.798	DDB
	542.169			542.169	DDB
	1.535.000			1.535.000	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	4.189			4.189	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	13.253			13.253	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	8.977			8.977	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	133			133	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	27.566			27.566	DDB
	27.566			27.566	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.446			1.446	DDB
	361			361	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
558	FENTOLAMINA 5 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
559	FERMENTOS LACTICOS VIVOS LIOFILIZADOS 1 G	UNIDAD	A Demanda
560	FIBRINOGENO HUMANO 1.5G/100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
561	FINASTERIDE 5 MG	TABLETA	A Demanda
562	FISOSTIGMINA 1MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
563	FITOMENADIONA (VITAMINA K) (ENDOVENOSA, IM Y ORAL) 2 MG / 0.2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
564	FITOMENADIONA 10MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
565	FITOMENADIONA-PEDIATRICA 1MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
566	FITOMENODIONA (VITAMINA K) 10MG/ML (ENDOVENOSA, IM Y ORAL) 10MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
567	FLUCITOSINA 500 MG	CAPSULA	A Demanda
568	FLUCONAZOL 1G/100ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
569	FLUCONAZOL 200 MG	CAPSULA	A Demanda
570	FLUCONAZOL 200MG/100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
571	FLUCONAZOL 2MG/ ML EN SOLUCION SALINA (MOLECULA ORIGINAL) 200 MG/100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
572	FLUDROCORTISONA 0.1 MG	TABLETA	A Demanda
573	FLUMAZENIL 0,1MG/ML /5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
574	FLUNARIZINA 5 MG	TABLETA	A Demanda
575	FLUORESCEINA SODICA 10% X 5ML	MEDIO DE CONTRASTE PARA PATOLOGIAS OCULARES	A Demanda
576	FLUOROCITOSCINA-5 500 MG	CAPSULA	A Demanda
577	FLUOROMETOLONA 0,1% FRASCO X5ML	SUSPENSION OFTALMICA	A Demanda
578	FLUOROURACILO 5% TUBO 30 G	GEL TOPICO	A Demanda
579	FLUOXETINA 20 MG	TABLETA	A Demanda
580	FLUOXETINA 20MG/5ML FRASCO X 70 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
581	FLUTAMIDA 250 MG	TABLETA	A Demanda
582	FLUTICASONA PROPIONATO 50 MCG/DOSIS 120DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	A Demanda
583	FLUVOXAMINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
584	FOLICO ACIDO 1 MG	TABLETA	A Demanda
585	FOLICO ACIDO 5 MG	TABLETA	A Demanda
586	FOLINATO DE CALCIO 10MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
587	FOLINATO DE CALCIO 15 MG	TABLETA	A Demanda
588	FONDAPARINUX 2,5 MG/0,5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
589	FONDAPARINUX 5,0 MG/0,4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
590	FONDAPARINUX 7,5 MG/0,4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
591	FOSAMPRENAVIR 700 MG	TABLETA	A Demanda
592	FOSFATO MONOBASICO DE POTASIO 2G + FOSFATO DIBASICO DE POTASIO 2G	BOLSA	A Demanda
593	FOSFATO MONOSODICO Y DIBASICO DE SODIO FOSFATO MONOPOTASICO FOSFORO 250 MG	BOLSA	A Demanda
594	FOSFOLIPIDOS NATURALES (SURFACTANTE PULMONAR) 25MG/ML - FRASCO VIAL X 4ML	SUSPENSION PARA INSTILACION ENDOTRAQUEAL	A Demanda
595	FOSFOLIPIDOS NATURALES (SURFACTANTE PULMONAR) 25MG/ML VIAL 8ML	SUSPENSION PARA INSTILACION ENDOTRAQUEAL	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	13.399			13.399	DDB
		1.039		1.039	SICMAFARMA
		750		750	SICMAFARMA
	18.276			18.276	DDB
	38.554			38.554	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	169			169	DDB
	5.422			5.422	DDB
	57.500			57.500	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	50.602			50.602	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	5.747			5.747	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	160			160	DDB
	3.373			3.373	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	3.416			3.416	DDB
	22			22	DDB
	96			96	DDB
	13.253			13.253	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	13.161			13.161	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	39.484			39.484	DDB
	9.578			9.578	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	6.506			6.506	DDB
	913.030			913.030	DDB
	1.202.083			1.202.083	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
596	FOSFOMICINA 4 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
597	FOSFOMICINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
598	FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 5% 25G/500ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
599	FURAZOLIDONA 100 MG	TABLETA	A Demanda
600	FURAZOLIDONA 50MG/15ML /120 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
601	FUROATO DE MOMETASONA 0,1% / 15 G	CREMA TOPICA	A Demanda
602	FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
603	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
604	FUSIDICO ACIDO 2G/100G /TUBO15G	CREMA TOPICA	A Demanda
605	GABAPENTIN 300 MG	CAPSULA	A Demanda
606	GABAPENTIN 400 MG	CAPSULA	A Demanda
607	GADOLINIO 0,5MMOL/ML / 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
608	GAMABENCENO PERMETRINA 1%	FRASCO	A Demanda
609	GANCICLOVIR 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
610	GATIFLOXACINA + DEXAMETASONA 0,3% + 0,1%	SUSPENSION OFTALMICA	A Demanda
611	GEMCITABINA 1G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
612	GEMCITABINA 200 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
613	GEMFIBROZIL 600 MG	TABLETA	A Demanda
614	GENTAMICINA (SULFATO) 0,1% (0,1G/100G) TUBO*20G	CREMA TOPICA	A Demanda
615	GENTAMICINA 0,3% / TUBO X 5 GRAMOS	UNGÜENTO OFTALMICO	A Demanda
616	GENTAMICINA 160 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
617	GENTAMICINA 20 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
618	GENTAMICINA 3MG/ML FRASCO 5 ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
619	GENTAMICINA 40 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
620	GENTAMICINA 80 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
621	GLIBENCLAMIDA 5 MG	TABLETA	A Demanda
622	GLICERINA 1,24 G PEDIATRICO	SUPOSITORIO	A Demanda
623	GLICERINA 2,38 GR ADULTO	SUPOSITORIO	A Demanda
624	GLIMEPIRIDA 2 MG	TABLETA	A Demanda
625	GLUCAGON 1 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
626	GLUCONATO DE POTASIO 31% 4,68 G (EQUI 20 MEQ DE K EN 15 ML) /180 ML - ION K	ELIXIR	A Demanda
627	GLUCOSAMINA SULFATO + CONDOITRIN SULFATO 1.5+1.2G/8G	POLVO ORAL SOBRE	A Demanda
628	GOLIMUMAB 50 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
629	GONADOTROPINA CORIONICA.5.000UI/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
630	GOSERELINA10.8 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
631	HALOPERIDOL 10 MG	TABLETA	A Demanda
632	HALOPERIDOL 2MG/ML/15 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
633	HALOPERIDOL 5 MG	TABLETA	A Demanda
634	HALOPERIDOL 5MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
635	HALOTANO 100% /FRASCO250ML	LIQUIDO PARA INHALACION NASAL	A Demanda
636	HARPAGOFITO 480 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	273.960			273.960	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	29.072			29.072	DDB
	151			151	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	294	295		294	DDB
	33			33	DDB
	4.610			4.610	DDB
	302			302	DDB
	393			393	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	33.735			33.735	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	295.867		145.541	145.541	BLAU FARMACEUTICA
	59.169			59.169	DDB
	153			153	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.193			1.193	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	482			482	DDB
	43			43	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	124.629			124.629	DDB
	8.960			8.960	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	866.994			866.994	DDB
	145			145	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	96			96	DDB
	1.265			1.265	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
637	HEPARINA SODICA 5.000UI/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
638	HIALURONATO DE SODIO 18MG/ML (GUARDIX®) JERINGA PRELLENADA 5 GR	DISPOSITIVO PRELLENADO	A Demanda
639	HIALURONATO DE SODIO 2 MG/ ML /FRASCO10ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
640	HIALURONATO DE SODIO 25MG/2,5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
641	HIALURONATO DE SODIO 4 MG/ ML /FRASCO10ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
642	HIALURONATO DE SODIO 5G	DISPOSITIVO PRELLENADO	A Demanda
643	HIDRALAZINA 20 MG /ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
644	HIDRALAZINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
645	HIDRATO DE CLORAL 10% 30 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
646	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	TABLETA	A Demanda
647	HIDROCORTISONA (ACETATO) 0.5% /FRASCO 20ML	LOCION TOPICA	A Demanda
648	HIDROCORTISONA (ACETATO) 1% /TUBO15G	CREMA TOPICA	A Demanda
649	HIDROCORTISONA 10 MG	TABLETA	A Demanda
650	HIDROCORTISONA 100 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
651	HIDROCORTISONA 5 MG	TABLETA	A Demanda
652	HIDROGEL DE CARBOMER + GLICERINA + AGUA DESTILADA 25 G	GEL TOPICO	A Demanda
653	HIDROXICINA 100MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
654	HIDROXICINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
655	HIDROXICINA 250MG/100ML FRASCO*60ML	JARABE	A Demanda
656	HIDROXICLOROQUINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
657	HIDROXICOBALAMINA (VITAMINA B12) 1 MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
658	HIDROXIETIL ALMIDON60MG/ ML /500ML	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
659	HIDROXIPROGESTERONA 250MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
660	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 0.3%/15 ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
661	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 2% X 2 ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
662	HIDROXIUREA 500 MG	CAPSULA	A Demanda
663	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 100 MG	CAPSULA	A Demanda
664	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20 - 25 MG DE FE/ML (2 - 2,5%) FRASCO GOTERO 20ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
665	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 200 MG	GRAGEAS	A Demanda
666	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 300 MG	GRAGEAS	A Demanda
667	HIERRO SACARATO PARENTERAL 20MG /ML /5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
668	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG	TABLETA	A Demanda
669	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
670	IBANDRONICO 6 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
671	IBOPAMINA 50 MG	CAPSULA	A Demanda
672	IBUPROFENO 100MG/5MLFRASCO X100ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
673	IBUPROFENO 10MG/ML X 2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
674	IBUPROFENO 400 MG	TABLETA	A Demanda
675	IBUPROFENO 600 MG	TABLETA	A Demanda
676	IBUPROFENO 800 MG	TABLETA	A Demanda
677	IMATINIB 100 MG	CAPSULA	A Demanda
678	IMATINIB 400 MG	CAPSULA	A Demanda
679	IMIPENEM + CILASTATINA 500 - MOLECULA ORIGINAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
680	IMIPENEM + CILASTATINA 500MG+500MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	19.769		19.997	19.769	DDB
	474.899			474.899	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	150.400			150.400	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	16			16	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.506			1.506	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.527		1.635	1.527	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	8.940			8.940	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.327			1.327	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	45			45	DDB
	5.904			5.904	DDB
	186			186	DDB
	986			986	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	440.684			440.684	DDB
	75			75	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	15.813			15.813	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	12.048			12.048	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
681	IMIPRAMINA 10 MG	CAPSULA	A Demanda
682	IMIPRAMINA 25 MG	CAPSULA	A Demanda
683	INDACATEROL 150 MCG (30 CAPSULAS CON DISPOSITIVO MECANICO)	POLVO PARA ADMINISTRACION BUCAL - CAPSULA	A Demanda
684	INDACATEROL MALEATO + GLICOPIRRONIO BROMURO (110+50)MG	CAPSULAS DURAS CON POLVO PARA INHALACIÓN	A Demanda
685	INDINAVIR 200 MG	CAPSULA	A Demanda
686	INDINAVIR 400 MG	CAPSULA	A Demanda
687	INDOMETACINA 1 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
688	INDOMETACINA 25 MG	CAPSULA	A Demanda
689	INFLIXIMAB 100 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
690	INMUNOGLOBULINA ANTI D 250MCG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
691	INMUNOGLOBULINA ANTI RH 300MCG/1ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
692	INMUNOGLOBULINA ANTI VARICELA ZOSTER10% / 5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
693	INMUNOGLOBULINA ANTIVARICELA 10% / 20ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
694	INMUNOGLOBULINA DE CONEJO ANTITIMOCITOS HUMANOS 25MG/VIAL LIOFILIZADO DE INMUNOGLOBULINA DE CONEJO	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
695	INMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA CONTRA CITOMEGALOVIRUS 10%/10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
696	INMUNOGLOBULINA ESPECIFICA CONTRA CITOMEGALOVIRUS 50 ML AL 10%	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
697	INMUNOGLOBULINA HUMANA 0.1MG/ML (HEPATITIS B HIPERINMUNE) X 2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
698	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITIS B 500 UI/10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
699	INMUNOGLOBULINA HUMANA CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B100 UI/ 2ML SOL	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
700	INMUNOGLOBULINA HUMANA CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B2000 UI/ 40ML S	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
701	INMUNOGLOBULINA HUMANA ENRIQUECIDA CON IGMX 10ML (0.5G) 5%	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
702	INMUNOGLOBULINA HUMANA ENRIQUECIDA CON IGMX 50ML (2.5 G)5% X 50ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
703	INMUNOGLOBULINA HUMANA ENRIQUECIDA CON IGMX100ML (5.0 G) 5% X 100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
704	INMUNOGLOBULINA HUMANA IGG POLIVALENTE 5% X 50ML (2.5 G) X 50ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
705	INMUNOGLOBULINA HUMANA IGG POLIVALENTE 5% X100ML (5.0 G) 5 G X 100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
706	INSULINA ASPARTATO (NOVORAPID® PLUMA) 100UI/ ML /3 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
707	INSULINA ASPARTATO (NOVORAPID®)100UI/ ML /10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
708	INSULINA DEGLUDEC 100 UI/ML EN PLUMA PRECARGADA (TRESIBA®)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
709	INSULINA DETEMIR (LEVEMIR FLEX)100UI/ ML /3 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
710	INSULINA DETEMIR 100UI/ML /10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
711	INSULINA GLARGINA (LANTUS ®)100UI/ML/10 ML LÁPIZ APLICADOR DESECHABLE PRELLENADO CON 3 ML DE INSULINA GLARGINA	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
712	INSULINA GLARGINA (LANTUS ®)100UI/ML/10 ML VIAL X10 ML DE INSULINA GLARGINA	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
713	INSULINA GLULISINA (APIDRA®) 100UI/ML / 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
714	INSULINA GLULISINA (APIDRA®) CARTUCHO100UI/ML /3ML EN ESFERO	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
	46			46	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	176.037			176.037	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
			762.750	762.750	BLAU FARMACEUTICA
	20.800			20.800	DDB
	69.500			69.500	DDB
	43.800			43.800	DDB
	35.000			35.000	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	74.118			74.118	DDB
	68.100			68.100	DDB
	20.751			20.751	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
757	KIT ADHESIVO BIOLOGICO DE DOS COMPONENTES - SOLUCIONES PARA ADHESIVO TISULAR FIBRINÓGENO HUMANO, TROMBINA HUMANA, APROTININA SINTÉTICA, CLORURO DE CALCIO (MOLECULA ORIGINAL) 1 X 4 ML (2 ML + 2 ML)	UNIDAD	A Demanda
758	LABETALOL 5MG/ML FRASCO AMPOLLA X 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
759	LACOSAMIDA 100 MG	TABLETA	A Demanda
760	LACOSAMIDA 100 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
761	LACOSAMIDA 200 MG	TABLETA RECUBIERTA	A Demanda
762	LACOSAMIDA 200 MG/20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
763	LACOSAMIDA 50 MG	TABLETA	A Demanda
764	LACTOBACILLUS REUTERI PROTECTIS 1X 108 UNIDADES FORMADAS DE COLONIAS - GOTAS 5 ML (BIOGAIA)	SOLUCION ORAL	A Demanda
765	LACTULOSA 3.34G/5/240 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
766	LACTULOSA 3.34G/5ML X 15 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
767	LACTULOSA 66.7G/100ML SOBRE 66.7G/100ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
768	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 150 MG + 300 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
769	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 150MG+300MG	TABLETA	A Demanda
770	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA+NEVIRAPINA 150 MG + 300 MG + 200 MG	TABLETA	A Demanda
771	LAMIVUDINA 10MG/ML/100 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
772	LAMIVUDINA 10MG/ML/240 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
773	LAMIVUDINA 150 MG	TABLETA	A Demanda
774	LAMIVUDINA 50MG/100 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
775	LAMOTRIGINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
776	LAMOTRIGINA 100 MG - MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
777	LAMOTRIGINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
778	LAMOTRIGINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
779	LAMOTRIGINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
780	LANSOPRAZOL 30 MG	TABLETA	A Demanda
781	LATANOPROST 0,05MG/ML /FRASCO5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
782	L-CARNITINA 10G/120ML FRASCO X 120ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
783	L-CARNITINA 1G/5ML X 5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
784	L-CARNITINA 250 MG	CAPSULA	A Demanda
785	LEFLUNOMIDA 100 MG	TABLETA	A Demanda
786	LEFLUNOMIDA 20 MG	TABLETA	A Demanda
787	LENALIDOMIDA 10 MG	CAPSULA	A Demanda
788	LENALIDOMIDA 25 MG	CAPSULA	A Demanda
789	LETROZOL 2,5 MG	TABLETA	A Demanda
790	LEUPRORELIN Y SALES 11.25MG/2ML	AMPOLLA	A Demanda
791	LEUPRORELIN Y SALES 3.75MG/2ML	AMPOLLA	A Demanda
792	LEVETIRACETAM 100 MG/ML - MOLECULA ORIGINAL	SUSPENSION ORAL	A Demanda
793	LEVETIRACETAM 1000 MG	TABLETA	A Demanda
794	LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETA MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
795	LEVETIRACETAM 100MG /ML /5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
796	LEVETIRACETAM 100MG/ML 250 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
797	LEVETIRACETAM 100MG/ML X 300 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
798	LEVETIRACETAM 10G/100ML / 100 -120 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
799	LEVETIRACETAM 500 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
\$ 720.000				720.000	JOHNSON & JHONSON
	17.401			17.401	DDB
	4.093			4.093	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.329			2.329	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	358			358	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	9.639			9.639	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	157			157	DDB
	663			663	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	361			361	DDB
	735			735	DDB
	177			177	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
		885		885	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
		822		822	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
		63.158		63.158	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
	422			422	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
800	LEVETIRACETAM 500 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
801	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE 100MG+25MG+200MG	TABLETA	A Demanda
802	LEVODOPA + CARBIDOPA 250MG+25MG	TABLETA	A Demanda
803	LEVOFLOXACINO 500 MG	TABLETA	A Demanda
804	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
805	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
806	LEVOMEPROMAZINA 25MG/ML /1ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
807	LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML/20 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
808	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL (150+30)MCG	TABLETA	A Demanda
809	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL (250+50)MCG	TABLETA	A Demanda
810	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 100MCG + 20MCG	TABLETA	A Demanda
811	LEVONORGESTREL 0.03 MG	TABLETA	A Demanda
812	LEVONORGESTREL 0.75 MG	TABLETA	A Demanda
813	LEVONORGESTREL 52 MG	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	A Demanda
814	LEVONORGESTREL 75 MG	IMPLANTE SUBDERMICO	A Demanda
815	LEVOSIMENDAN 2.5MG/ ML /5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
816	LEVOTIROXINA + LIOTIRONINA (120+30) MCG	TABLETA	A Demanda
817	LEVOTIROXINA 100 MCG	TABLETA	A Demanda
818	LEVOTIROXINA 150 MCG	TABLETA	A Demanda
819	LEVOTIROXINA 25 MCG	TABLETA	A Demanda
820	LEVOTIROXINA 50 MCG	TABLETA	A Demanda
821	LEVOTIROXINA 75 MCG	TABLETA	A Demanda
822	LIDOCAINA + HIDROCORTISONA (5 GR + 0.28 G)/100G /TUBO10G	UNGÜENTO PROCTOLOGICO	A Demanda
823	LIDOCAINA + HIDROCORTISONA 60 MG + 5 MG	SUPOSITORIO	A Demanda
824	LIDOCAINA 2% /TUBO30G	JALEA TOPICA	A Demanda
825	LIDOCAINA 2% S-E FRASCO X 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
826	LIDOCAINA 5%	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
827	LIDOCAINA 5% / 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
828	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO - TUBO	UNGÜENTO DERMATOLOGICO	A Demanda
829	LIDOCAINA CLORHIDRATO AL 10 % FRASCO X 80G	AEROSOL	A Demanda
830	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 1% * 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
831	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 1% * 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
832	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 1% * 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
833	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% * 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
834	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% * 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
835	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% * 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
836	LIDOCAINA HCL + EPINEFRINA 2% CARPULA/1,8ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
837	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 1% * 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
838	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 1% * 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
839	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 1% * 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
840	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 2% * 10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
841	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 2% * 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
842	LIDOCAINA+ DEXTROSA (PESADA) 5%+7.5%	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
843	LINAGLIPTINA 5 MG	TABLETA	A Demanda
844	LINEZOLID (MOLECULA ORIGINAL) 600 MG	TABLETA	A Demanda
845	LINEZOLID 600 MG	TABLETA	A Demanda
846	LINEZOLID 600 MG /300 ML (MOLECULA ORIGINAL)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA	DESIERTO	DESIERTO
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
				245	DDB
	245			DESIERTO	DESIERTO
				386	DDB
	386			DESIERTO	DESIERTO
				6.024	DDB
	6.024			DESIERTO	DESIERTO
	39			39	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	250			250	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.629			1.629	DDB
	370.216			370.216	DDB
	103.448			103.448	DDB
	1.679.999			1.679.999	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	30			30	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	29			DESIERTO	DESIERTO
				29	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	8.916			8.916	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	7.349			7.349	DDB
	11.084			11.084	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	12.428			12.428	DDB
	14.458			14.458	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	10.831			10.831	DDB
	12.265			12.265	DDB
	1.807			1.807	DDB
	10.994			10.994	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.823			3.823	DDB
	59.829			59.829	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	115.434			115.434	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
847	LINEZOLID 600 MG /300ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
848	LIRAGLUTIDE 6 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
849	LITIO CARBONATO 300 MG	TABLETA	A Demanda
850	LOPERAMIDA 2 MG	TABLETA	A Demanda
851	LOPINAVIR + RITONAVIR (80+20)MG/ML FRASCO X 160ML	SUSPENSIÓN ORAL	A Demanda
852	LOPINAVIR + RITONAVIR 100MG + 25 MG	TABLETA	A Demanda
853	LOPINAVIR + RITONAVIR 133.3MG+33.3MG	TABLETA	A Demanda
854	LOPINAVIR + RITONAVIR 200MG+50MG	TABLETA	A Demanda
855	LOPINAVIR + RITONAVIR 200MG+50MG - MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
856	LOPINAVIR + RITONAVIR 400MG+100MG	TABLETA	A Demanda
857	LORATADINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
858	LORATADINA 5MG/5ML/100 ML	JARABE	A Demanda
859	LORAZEPAM 1 MG	TABLETA	A Demanda
860	LORAZEPAM 2 MG	TABLETA	A Demanda
861	L-ORNITINA L-ASPARTATO SOBRE DE 5G	POLVO O GRANULADO	A Demanda
862	LOSARTÁN - HIDROCLOROTIAZIDA 100MG+25MG	TABLETA	A Demanda
863	LOSARTAN 100 MG	TABLETA	A Demanda
864	LOSARTAN 50 MG	TABLETA	A Demanda
865	LOSARTAN- HIDROCLOROTIAZIDA 50MG+12,5MG	TABLETA	A Demanda
866	LOVASTATINA 20 MG	TABLETA	A Demanda
867	MAGNESIO SULFATO 20% /10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
868	MANITOL 10% / 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
869	MANITOL 20% /500 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
870	MARAVIROC 150 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
871	MATRIZ HEMOSTATICA DE BOVINO Y/O PORCINA CON TROMBINA DE 2500 UI X 5 A 8 ML .	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
872	MEBENDAZOL 100 MG	TABLETA	A Demanda
873	MEBENDAZOL 100MG/5ML /30 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
874	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL 25MG+5MG / AMPOLLA X0,5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
875	MEDROXIPROGESTERONA 150 MG/3 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
876	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG	TABLETA	A Demanda
877	MEFENAMICO ACIDO 500 MG	TABLETA	A Demanda
878	MEFLOQUINA 250 MG	TABLETA	A Demanda
879	MEGLUMINA ANTIMONIATO 1,5G/5ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
880	MEGLUMINA DIATRIZOATO 60% CONTENIDO DE YODO 282 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
881	MELATONINA 3 MG	CAPSULA	A Demanda
882	MELFALAN 2 MG	TABLETA	A Demanda
883	MELOXICAM 15 MG	TABLETA	A Demanda
884	MELOXICAM 7,5 MG	TABLETA	A Demanda
885	MEMANTINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
886	MEMANTINA CLORHIDRATO 20 MG	TABLETA	A Demanda
887	MERCAPTOPURINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
888	MEROPENEM 1 G (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
889	MEROPENEM 500 MG (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	36.145			36.145	DDB
	149.815			149.815	DDB
	265			265	DDB
	40			40	DDB
	56.916			56.916	DDB
	461			461	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	886			886	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	23			23	DDB
	1.688			1.688	DDB
	237			237	DDB
	449			449	DDB
	10.469			10.469	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	93			93	DDB
	43			43	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	24			24	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	12.060			12.060	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	112			112	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	2.271			2.271	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	6.996			6.996	DDB
	101			101	DDB
	87			87	DDB
	253			253	DDB
		927		927	SICMAFARMA
	10.610			10.610	DDB
	43.310			43.310	DDB
	21.655			21.655	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
890	MEROPENEM 1 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
891	MEROPENEM 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
892	MESALAZINA 4 G	ENEMA	A Demanda
893	MESALAZINA 500 MG	SUPOSITORIO	A Demanda
894	MESALAZINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
895	MESNA 400 MG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
896	METFORMINA 850 MG	TABLETA	A Demanda
897	METILERGOMETRINA (METILERGOBASINA) 0.2MG/ ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
898	METILPREDNISOLONA (ACETATO SODICO)40 MG	AMPOLLA	A Demanda
899	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SODICO) 500 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCIÓN	A Demanda
900	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SODICO)16 MG	TABLETA	A Demanda
901	METILPREDNISOLONA 4 MG	TABLETA	A Demanda
902	METIMAZOL 5 MG	TABLETA	A Demanda
903	METOCARBAMOL 1G/10 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
904	METOCARBAMOL 750 MG	TABLETA	A Demanda
905	METOCLOPRAMIDA 10 MG	TABLETA	A Demanda
906	METOCLOPRAMIDA 10MG /2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
907	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML /30 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
908	METOPROLOL 100MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
909	METOPROLOL 1MG/ML /5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
910	METOPROLOL 50 MG	TABLETA	A Demanda
911	METOTREXATO 2.5 MG	TABLETA	A Demanda
912	METOTREXATO 50 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
913	METOTREXATO 500 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
914	METOTREXATO 5MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
915	METOXALENO 10MG TABLETA 10MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
916	METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) (100 MCG/0.3 ML)SOLUCION INYECTABLE (100 MCG/0.3 ML)SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
917	METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) (150 MCG/0.3 ML) (150 MCG/0.3 ML)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
918	METRONIDAZOL (BENZOÍLO) 125 MG/5 ML DE BASE (2,5%)	SUSPENSION ORAL	A Demanda
919	METRONIDAZOL 250 MG	TABLETA	A Demanda
920	METRONIDAZOL 250MG/5ML /100 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
921	METRONIDAZOL 500 MG	OVULO VAGINAL	A Demanda
922	METRONIDAZOL 500 MG	TABLETA	A Demanda
923	METRONIDAZOL 500MG/100ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
924	MICOFENOLATO 180 MG	TABLETA	A Demanda
925	MICOFENOLATO 250 MG	TABLETA	A Demanda
926	MICOFENOLATO 360 MG	TABLETA	A Demanda
927	MICOFENOLATO 500MG	TABLETA	A Demanda
928	MICOFENOLATO 500MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	8.999			8.999	DDB
	5.904			5.904	DDB
	11.446			11.446	DDB
	313			DESIERTO	DESIERTO
	16.881		10.748	313	DDB
	61			10.748	BLAU FARMACEUTICA
	4.493			61	DDB
				4.493	DDB
	9.578		10.236	DESIERTO	DESIERTO
				9.578	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	84			84	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	106			106	DDB
	28			28	DDB
	570	411		411	SICMAFARMA
	2.169			2.169	DDB
	63			63	DDB
	14.337			14.337	DDB
	37			37	DDB
	419		335	335	BLAU FARMACEUTICA
				DESIERTO	DESIERTO
			32.623	32.623	BLAU FARMACEUTICA
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	442.045			442.045	DDB
	663.068			663.068	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	4.020			4.020	DDB
	200			200	DDB
	75			75	DDB
	1.799			1.799	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.099			3.099	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.919	1.685		1.685	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
969	NAPROXENO 150MG/5ML SUSPENSION ORAL/100 ML	FRASCO	A Demanda
970	NAPROXENO 250MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
971	NAPROXENO 500 MG TABLETA	TABLETA	A Demanda
972	NEBIVOLOL CLORHIDRATO 5 MG	UNIDAD	A Demanda
973	NELFINAVIR 250 MG	TABLETA	A Demanda
974	NELFINAVIR 50 MG	TABLETA	A Demanda
975	NEOMICINA + POLIMIXINA + DEXAMETASONA3.5MG+600U.I.+0.5MG 1MG)/MLFRASCO5ML 3.5MG+600U.I.+0.5MG 1MG)/MLFRASCO5ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
976	NEOMICINA + POLIMIXINA B SOLUCION OFTALMICA	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
977	NEOSTIGMINA 0.5MG/ML SOLUCION INYECTABLE 0.5MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
978	NEVIRAPINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
979	NEVIRAPINA 200 MG (MOLECULA ORIGINAL)	CAPSULA	A Demanda
980	NEVIRAPINA 50 MG/5ML SUSPENSION ORAL X 240ML	FRASCO	A Demanda
981	NEVIRAPINA 50MG/5ML SUSPENSION ORAL / 100 ML	FRASCO	A Demanda
982	NIFEDIPINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
983	NIFEDIPINA 30 MG	TABLETA	A Demanda
984	NIMODIPINA 10MG/50ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
985	NIMODIPINA 30MG	TABLETA	A Demanda
986	NISTATINA + ZINC OXIDO100000UI/G+20% CREMA TOPICA/TUBO40G	TUBO	A Demanda
987	NISTATINA 100.000 UI	TABLETA	A Demanda
988	NISTATINA 100.000 UI OVULO	OVULO VAGINAL	A Demanda
989	NISTATINA 100.000UI/G CREMA TOPICA/TUBO30G	TUBO	A Demanda
990	NISTATINA 100.000UI/ML/60 ML SUSPENSION ORAL	FRASCO	A Demanda
991	NISTATINA 500.000 UI	TABLETA	A Demanda
992	NITAZOXADINA 500 MG	TABLETA	A Demanda
993	NITROFURANTOINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
994	NITROFURANTOINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
995	NITROFURAZONA 0.2G/100G UNGENTO TOPICO/FRASCO500G	FRASCO	A Demanda
996	NITROFURAZONA 0.2G/100G UNGENTO TOPICO/TUBO40G	TUBO	A Demanda
997	NITROGLICERINA 0.5% / 10 ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO	A Demanda
998	NITROGLICERINA EN DEXTROSA 50MG/250 ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO	A Demanda
999	NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG /2ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1000	NOREPINEFRINA 1MG/ ML / 4 MG SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1001	NORETINDRONA + ETINILESTRADIOL 1MG+35MCG	TABLETA	A Demanda
1002	NORETISTERONA + ESTRADIOL (50MG/5MG)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1003	NORFLOXACINA 400 MG	TABLETA	A Demanda
1004	OCTREOTIDE (SANDOSTATINA LAR) 20 MG /ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1005	OLANZAPINA 10 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1006	OLANZAPINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
1007	OLANZAPINA 5 MG	TABLETA	A Demanda
1008	OLOPATADINA 0.2% SOLUCION OFTALMICA/FRASCO5ML	FRASCO	A Demanda
1009	OMALIZUMAB 150 MG	AMPOLLA	A Demanda
1010	OMEPRAZOL 20 MG	TABLETA/CAPSULA	A Demanda
1011	OMEPRAZOL 40 MG	TABLETA	A Demanda
1012	OMEPRAZOL 40 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	FRASCO	A Demanda
1013	ONDANSETRON 8 MG	TABLETA	A Demanda
1014	ONDANSETRON 8MG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
	69			69	DDB
	188			188	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.716			1.716	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	525			525	DDB
	241			241	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	127			127	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	57			57	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.771			2.771	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	829			829	DDB
	114			114	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	31.928			31.928	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	11.807			11.807	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.235			1.235	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.391			3.391	DDB
	437			437	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	39			39	DDB
	4.161			4.161	DDB
	1.566		2.507	1.566	DDB
	880			880	DDB
	1.506	1.264		1.264	SICMAFARMA

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1015	OXACILINA 1 G POLVO PARA INYECCION	AMPOLLA	A Demanda
1016	OXCARBAZEPINA (MOLECULA ORIGINAL) 300 MG	TABLETA	A Demanda
1017	OXCARBAZEPINA 300 MG	TABLETA	A Demanda
1018	OXCARBAZEPINA 300MG/5 ML X 100ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
1019	OXCARBAZEPINA 300MG/5 ML X 100 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1020	OXCARBAZEPINA 60 MG/ML SUSPENSION ORAL - MOLECULA ORIGINAL	FRASCO	A Demanda
1021	OXCARBAZEPINA 600 MG	TABLETA	A Demanda
1022	OXCARBAZEPINA 600 MG MOLECULA ORIGINAL	TABLETA	A Demanda
1023	OXIBUTININA 10 MG	TABLETA	A Demanda
1024	OXIBUTININA 5 MG	TABLETA	A Demanda
1025	OXICODONA 10 MG	TABLETA	A Demanda
1026	OXICODONA 10 MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1027	OXICODONA 20 MG	TABLETA	A Demanda
1028	OXICODONA 40 MG	TABLETA	A Demanda
1029	OXIDO DE ZINC , CALAMINA, ALCOHOL BENCILICO, ALANTOINA X 60 G (CICADERM)	TUBO	A Demanda
1030	OXIDO DE ZINC 5G/100G CREMA TOPICA/TUBO30G	TUBO	A Demanda
1031	OXIMETAZOLINA 0.25 MG/ML FCO15MLGOTAS NASALES	FRASCO	A Demanda
1032	OXIMETAZOLINA 0.5MG/ML GOTAS NASALES/FCO15ML	FRASCO	A Demanda
1033	OXITETRACICLINA 0.5% UNGÜENTO OFTALMICO X 5G.	TUBO	A Demanda
1034	OXITETRACICLINA 500 MG	CAPSULA	A Demanda
1035	OXITOCINA 10UI/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1036	OXITOCINA 5UI/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1037	PALIPERIDONA 100 MG SUSPENSION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1038	PALIPERIDONA 3 MG	TABLETA	A Demanda
1039	PALIPERIDONA 6 MG	TABLETA	A Demanda
1040	PALIVIZUMAB 100 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1041	PALIVIZUMAB 50 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1042	PALMITATO DE PALIPERIDONA 156 MG EQUIVALENTES A PALIPERIDONA BASE 100 MG SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1043	PALMITATO DE PALIPERIDONA 234 MG EQUIVALENTE A PALIPERIDONA 150 MG SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1044	PAMIDRONATO DISODICO 90 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	AMPOLLA	A Demanda
1045	PANCREATINA + SIMETICONA 170 MG + 80 MG	TABLETA	A Demanda
1046	PANCREATINA 25.000 UI LIPASA 25.000UI AMILASA 22.500U PROTEASA 1.250UI 25.000 UI LIPASA 25.000UI AMILASA 22.500U PROTEASA 1.250UI	TABLETA	A Demanda
1047	PANCURONIO BROMURO 4MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1048	PARICALCITOL 5MCG/ ML POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	FRASCO	A Demanda
1049	PAROXETINA 20 MG	TABLETA	A Demanda
1050	PAROXETINA CLORHIDRATO HEMIHDRATADO EQUIVALENTE A PAROXETINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
1051	PAROXETINA CLORHIDRATO HEMIHDRATO EQUIVALENTE A PAROXETINA 12,5 MG	TABLETA	A Demanda
1052	PEGFILGASTRIM 0.6MG/0.6ML SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	1.294	1.216		1.216	SICMAFARMA
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	469			469	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	471			471	DDB
	675			675	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.928			1.928	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.172			1.172	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.787.000			2.787.000	DDB
	1.393.500			1.393.500	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	2.792			2.792	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	98.497			98.497	DDB
	1.053			1.053	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.039.758			1.039.758	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1053	PEGFILGRASTIM 1MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1054	PENICILAMINA 250 MG	TABLETA	A Demanda
1055	PENICILINA FENOXIMETÓLICA (Y SALES) 250 MG/5 ML (5%) POLVO PARA RECONSTITUCION ORAL 250 MG/5 ML (5%)	FRASCO	A Demanda
1056	PENICILINA FENOXIMETÓLICA (Y SALES) 500 A 650 MG	TABLETA	A Demanda
1057	PENICILINA G BENZATINICA 1.200.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1058	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1059	PENICILINA G CRISTALINA 1.000.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1060	PENICILINA G CRISTALINA 5.000.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1061	PENICILINA G PROCAINICA 400.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1062	PENICILINA G PROCAINICA 800.000 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1063	PENTAMIDINA 300 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1064	PENTOXIFILINA 100MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1065	PENTOXIFILINA 400 MG	TABLETA	A Demanda
1066	PEROXIDO DE HIDROGENO AL 0,5%	BOLSA	A Demanda
1067	PICOSULFATO DE SODIO 7.5 MG/ ML SOLUCION ORAL	FRASCO	A Demanda
1068	PILOCARPINA O NITRATO 20MG/ML SOLUCION OFTALMICA/FRASCO15ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
1069	PIPERACILINA + TAZOBACTAM + EDETATO DISÁDICO (DIHIDRATO) 4G + 0.5G 4G + 0.5G - MOLECULA ORIGINAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1070	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4G + 0.5 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1071	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4G + 0.5G CON EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y ADAPTADOR PARA RECONSTITUCIÓN	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1072	PIPERAZINA 1G/5ML/30 ML JARABE	FRASCO	A Demanda
1073	PIPERAZINA 1G/5ML/60 ML JARABE	FRASCO	A Demanda
1074	PIPOTIAZINA PALMITATO 25MG/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1075	PIRACETAM 8G/100ML JARABE FRASCO X 120 ML	FRASCO	A Demanda
1076	PIRANTEL 250 MG COMO BASE	TABLETA	A Demanda
1077	PIRANTEL 250MG/5ML SUSPENSION ORAL /100 ML	FRASCO	A Demanda
1078	PIRAZINAMIDA 400 MG	TABLETA	A Demanda
1079	PIRAZINAMIDA 500 MG	TABLETA	A Demanda
1080	PIRIDOSTIGMINA BROMURO 60 MG	TABLETA	A Demanda
1081	PIRIDOXINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
1082	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA (25+500)MG	TABLETA	A Demanda
1083	PIROXICAM 0.5%	GEL TOPICO	A Demanda
1084	PLASMA HUMANO 500 ML SOLUCIÓN INYECTABLE	FRASCO	A Demanda
1085	PLATA SULFADIAZINA 1G/100G CREMA TOPICA /30G	TUBO	A Demanda
1086	PLATA SULFADIAZINA 1G/100G CREMA TOPICA /60G	CREMA TOPICA	A Demanda
1087	PLERIXAFOR 20 MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1088	PODOFILINA 20G/100 ML/FRASCO5ML SOLUCION TOPICA	FRASCO	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.446	1.006		1.006	SICMAFARMA
	2.169	1.527		1.527	SICMAFARMA
	1.325			1.325	DDB
	2.410			2.410	DDB
	1.024			1.024	DDB
	1.687			1.687	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	6.867		7.875	6.867	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	4.010			4.010	DDB
	2.610			2.610	DDB
	29.072			29.072	DDB
	3.264			3.264	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1130	PROMETAZINA HCL (50 MG/2 ML) SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1131	PROPAFENONA 150 MG	TABLETA	A Demanda
1132	PROPARACAINA (5 MG/ ML) SOLUCION OFTALMICA/FRASCO15ML	FRASCO	A Demanda
1133	PROPILTIOURACILO 50 MG	TABLETA	A Demanda
1134	PROPOFOL 1% (10 MG/50 ML) EMULSION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1135	PROPOFOL 200 MG/20 ML (1%) EMULSION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1136	PROPOFOL 500 MG/50 ML (1%) EMULSION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1137	PROPRANOLOL 40 MG	TABLETA	A Demanda
1138	PROPRANOLOL 80 MG	TABLETA	A Demanda
1139	PROSTAGLANDINA 20 MCG (MOLECULA ORIGINAL)	AMPOLLA	A Demanda
1140	PROSTAGLANDINA E1 PEDIATRICA 500MCG/ ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1141	PROTAMINA SULFATO 5000UI/5ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1142	PROXIMETACAINA 5MG/MLSOLUCION OFTALMICA X 5ML 5MG/ML	FRASCO	A Demanda
1143	QUETIAPINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
1144	QUETIAPINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
1145	QUETIAPINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
1146	QUETIAPINA 300 MG	TABLETA	A Demanda
1147	QUETIAPINA 400 MG	TABLETA	A Demanda
1148	QUETIAPINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
1149	RALTEGRAVIR 400 MG	CAPSULA	A Demanda
1150	RANELATO DE ESTRONCIO 2 G	TABLETA	A Demanda
1151	RANIBIZUMAB 10 MG/ ML - INTRAVITREA	SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	A Demanda
1152	RANITIDINA 150 MG	TABLETA	A Demanda
1153	RANITIDINA 300 MG	TABLETA	A Demanda
1154	RANITIDINA 50MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1155	RANITIDINA 75 MG/5 ML/150 ML JARABE	FRASCO	A Demanda
1156	RASAGILINA MESILATO 1 MG SOLUCION INYECTABLE	FRASCO	A Demanda
1157	RASBURICASA 1.5 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1158	REMIFENTANIL 2 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
1159	REMIFENTANIL 2MG - MOLECULA ORIGINAL	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
1160	REMIFENTANILO 5 MG	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A Demanda
1161	RETINOICO ACIDO 0.05 G/100 G TUBO 30 G CREMA TOPICA	TUBO	A Demanda
1162	RETINOICO ACIDO 0.05G/100ML LOCION TOPICA/FRASCO60ML	FRASCO	A Demanda
1163	RIFABUTINA 250 MG	TABLETA	A Demanda
1164	RIFAMICINA (10 MG/ ML) SOLUCION TOPICA/FRASCO10ML	FRASCO	A Demanda
1165	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA (150+150) MG	TABLETA	A Demanda
1166	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA (300+150)MG	TABLETA	A Demanda
1167	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA (60+60)MG	TABLETA	A Demanda
1168	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA (60+30+150)MG	TABLETA	A Demanda
1169	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL (150+75+400+275)MG	TABLETA	A Demanda
1170	RIFAMPICINA 300 MG	CAPSULA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	62.289			62.289	DDB
	205			205	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	5.361			5.361	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	48			48	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	243			243	DDB
	436			436	DDB
	145			145	DDB
	954			954	DDB
	5.790			5.790	DDB
	720			720	DDB
	12.008			12.008	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.658.299			1.658.299	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	271	295		271	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	11.446			11.446	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	5.481			5.481	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	309			309	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1171	RIFAXIMINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
1172	RISPERIDONA 0,5 MG	TABLETA	A Demanda
1173	RISPERIDONA 1 MG	TABLETA	A Demanda
1174	RISPERIDONA 1 MG/ML SOLUCION ORAL FRASCO 30 ML	SUSPENSION ORAL	A Demanda
1175	RISPERIDONA 2 MG	TABLETA	A Demanda
1176	RISPERIDONA 25 MG POLVO ESTERIL PARA INYECCION	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1177	RISPERIDONA 3 MG	TABLETA	A Demanda
1178	RISPERIDONA 37,5 MG POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUCION	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1179	RISPERIDONA 50 MG POLVO ESTERIL PARA RECONSTITUCION	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1180	RITONAVIR + LOPINAVIR 100 MG+400 MG/5ML SOLUCION ORAL	FRASCO	A Demanda
1181	RITONAVIR 100 MG	TABLETA	A Demanda
1182	RITONAVIR 80 MG/ML JARABE 100ML	FRASCO	A Demanda
1183	RITONAVIR 80 MG/ML JARABE 240ML	FRASCO	A Demanda
1184	RIVAROXABAN 10 MG	TABLETA	A Demanda
1185	RIVAROXABAN 15 MG	TABLETA	A Demanda
1186	RIVAROXABAN 20 MG	TABLETA	A Demanda
1187	RIVASTIGMINA 1,5 MG	CAPSULA	A Demanda
1188	RIVASTIGMINA 18 MG	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
1189	RIVASTIGMINA 27 MG	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
1190	RIVASTIGMINA 3 MG	CAPSULA	A Demanda
1191	RIVASTIGMINA 4,5 MG	CAPSULA	A Demanda
1192	RIVASTIGMINA 6 MG	CAPSULA	A Demanda
1193	RIVASTIGMINA 9 MG	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
1194	ROCURONIO BROMURO 10 MG/ML X 5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1195	ROCURONIO BROMURO 10 MG/ML X 5ML (MOLECULA ORIGINAL)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1196	ROMIPLOSTIM 250 MCG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1197	ROSUVASTATINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
1198	ROSUVASTATINA 20 MG	TABLETA	A Demanda
1199	ROSUVASTATINA CALCICA 40 MG	TABLETA	A Demanda
1200	ROTIGOTINA 4 MG/24H	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
1201	ROTIGOTINA 6 MG/24H	PARCHE TRANSDERMICO	A Demanda
1202	SACCHAROMYCES 250 MG	CAPSULA	A Demanda
1203	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS 100 G (200 DOSIS) SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
1204	SALBUTAMOL (SULFATO) 2 MG/5 ML FRASCO 120 ML SOLUCION ORAL	FRASCO	A Demanda
1205	SALBUTAMOL (SULFATO) 5 MG/ML (0,5%) SOLUCION PARA NEBULIZACION NASAL FRASCO FRASCO X 10ML	FRASCO	A Demanda
1206	SALES DE REHIDRATACION POLVO ORAL SOBRE 20,681 G	SOBRE	A Demanda
1207	SALMETEROL + FLUTICASONA - SERETIDE (50+500) MCG SOLUCION PARA INHALACION BUCAL (60 DOSIS)	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
1208	SALMETEROL + FLUTICASONA (50/250) MCG SOLUCION PARA INHALACION BUCAL /0,05 / (60 DOSIS)	SUSPENSION PARA INHALACION	A Demanda
1209	SALMETEROL + FLUTICASONA (MOLECULA ORIGINAL) 25+250MCG AEROSOL	INHALADOR	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	115			115	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	114			114	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	398			398	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	877			877	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	10.368			10.368	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	5.184			5.184	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	567			567	DDB
	194			194	DDB
	964			964	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	3.554			3.554	DDB
	1.417			1.417	DDB
	11.260			11.260	DDB
	663			663	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1210	SALMETEROL + FLUTICASONA 25 /50 MCG AEROSOL PARA INHALAR	INHALADOR	A Demanda
1211	SALMETEROL + FLUTICASONA 25/125 G/DOSIS SUSPENSION PARA INHALACION NASAL/120 DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION	A Demanda
1212	SAQUINAVIR 500 MG	TABLETA	A Demanda
1213	SECNIDAZOL 500 MG	TABLETA	A Demanda
1214	SECNIDAZOL 750 MG/15 ML SUSPENSION ORAL FRASCO 15 ML	FRASCO	A Demanda
1215	SECUKINUMAB 150 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1216	SELLANTE ADHESIVO BIOLOGICO DE DOS COMPONENTES X 2 ML QUE CONTENGA FIBRINA Y TROMBINA - POLVO LIOFILIZADO.	AMPOLLA	A Demanda
1217	SERTRALINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
1218	SERTRALINA 25 MG	TABLETA	A Demanda
1219	SERTRALINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
1220	SEVELAMER 800 MG	TABLETA	A Demanda
1222	SILDENAFIL 50 MG	TABLETA	A Demanda
1223	SILODOSINA 8 MG	CAPSULA	A Demanda
1224	SIMVASTATINA + EZETIMIBA 10/40 MG	TABLETA	A Demanda
1225	SITAGLIPTINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
1226	SITAGLIPTINA 50 MG	TABLETA	A Demanda
1227	SODIO ALGINATO 250 MG/5ML SUSPENSION ORAL FRASCO 240 ML	FRASCO	A Demanda
1228	SODIO BICARBONATO 10MEQ/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1229	SODIO BICARBONATO 15 G	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	A Demanda
1230	SODIO CLORURO 20MEQ/10ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1231	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO 10%+66%	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1232	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO 100 MG/ML +660 MG/ML FRASCO 30 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1233	SODIO FOSFATO MONOBASICO 16G + SODIO FOSFATO DIBASICO 6G/ FRASCO X 133 ML ENEMA ORAL	FRASCO	A Demanda
1234	SODIO FOSFATO MONOBASICO 16G + SODIO FOSFATO DIBASICO 6G/100 ML/BOLSA O FRASCO X 133 ML ENEMA RECTAL	BOLSA	A Demanda
1235	SODIO NITRITO 0,03 G SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1236	SODIO NITROPRUSIATO 50 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1237	SOLUCION BALANCEADA (OQ BALANCE) COMPLEJA SOLUCION BALANCEADA X 500ML	BOLSA	A Demanda
1238	SOLUCION BALANCEADA PARA USO INTRAVENOSO PLASMA LYTE	0	A Demanda
1239	SOLUCION DE PEG + ELECTROLITOS POLIETILENGLICOL 1G POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSION ORAL	SOBRE	A Demanda
1240	SOMATOSTATINA 3 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	FRASCO	A Demanda
1241	SOMATROPINA 16 U.I. (HORMONA DE CRECIMIENTO)SOLUCION INYECTABLE	FRASCO	A Demanda
1242	SORAFENIB 200 MG	TABLETA	A Demanda
1243	SUCCINILCOLINA 1.000 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1244	SUCCINILCOLINA 40 MG /2ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1245	SUCRALFATO 1G	TABLETA	A Demanda
1246	SUCRALFATO 20G/100ML SUSPENSION ORAL FRASCO 120 ML	FRASCO	A Demanda
1247	SUGAMMADEX 200 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	A Demanda
1248	SULFACETAMIDA SODICA 10% SOLUCION OFTALMICA FRASCO 15 ML	FRASCO	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
\$ 720.000				720.000	JOHNSON & JHONSON
	133			133	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	73			73	DDB
	1.727			1.727	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.807			1.807	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	422			422	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	108.434			108.434	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	18.820			18.820	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	235			235	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	332.052			332.052	DDB
	3.975			3.975	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1333	TOPIRAMATO 25 MG	TABLETA	A Demanda
1334	TOPIRAMATO 25 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
1335	TOPIRAMATO 50 MG	TABLETA	A Demanda
1336	TOPIRAMATO 50 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
1337	TOPOTECAN 4 MG POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION	FRASCO	A Demanda
1338	TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 UI (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1339	TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 UI POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	AMPOLLA	A Demanda
1340	TOXINA BOTULINICA TIPO A 200 UI	FRASCO	A Demanda
1341	TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 UI	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1342	TOXOIDE DIFTERICO-TETANICO 250 UI POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	AMPOLLA	A Demanda
1343	TOXOIDE TETANICO 40 UI	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1344	TRAMADOL + ACETAMINOFEN 37,5 MG + 325 MG	CAPSULA	A Demanda
1345	TRAMADOL 100 MG	TABLETA	A Demanda
1346	TRAMADOL 100 MG/1 ML SOLUCION ORAL FRASCO 10 ML	FRASCO	A Demanda
1347	TRAMADOL 100 MG/2 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1348	TRAMADOL 50 MG	TABLETA	A Demanda
1349	TRAMADOL 50 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1350	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG	TABLETA	A Demanda
1351	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1352	TRAVOPROST 0,04 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FRASCO 5 ML	FRASCO	A Demanda
1353	TRAZODONA 50 MG	TABLETA	A Demanda
1354	TRAZODONA CLORHIDRATO 150 MG	TABLETA	A Demanda
1355	TRETINOINA 10 MG	TABLETA	A Demanda
1356	TRIAMCINOLONA 10 MG/ML X 5 ML	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
1357	TRIAMCINOLONA 40 MG/ML	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
1358	TRIFLUOPERAZINA 5 MG	TABLETA	A Demanda
1359	TRIMEBUTINA 200 MG	TABLETA	A Demanda
1360	TRIMETAZIDINA 35 MG	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA	A Demanda
1361	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (160+800) MG	TABLETA	A Demanda
1362	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (40+200) MG/5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO 100 ML	FRASCO	A Demanda
1363	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (40+200) MG/5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO 120 ML	FRASCO	A Demanda
1364	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (40+200) MG/5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO 60 ML	FRASCO	A Demanda
1365	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (80+400) MG	TABLETA	A Demanda
1366	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (80+400) MG/5 ML (MOLECULA ORIGINAL)	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1367	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (80+400) MG/5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO 100 ML (MOLECULA ORIGINAL)	FRASCO	A Demanda
1368	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL 80 MG + 400 MG X 5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
	247			247	DDB
	423			423	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	847			847	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	597.630			597.630	DDB
	385.542			385.542	DDB
	1.195.260			1.195.260	DDB
	611.928			611.928	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	7.205			7.205	DDB
	278			278	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	1.384			1.384	DDB
	410			410	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	270	420		270	DDB
	2.892			2.892	DDB
	2.651			2.651	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	80			80	DDB
	1.807			1.807	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	961			961	DDB
	135			135	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	2.108			2.108	DDB
	1.446			1.446	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	30.663			30.663	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	3.012			3.012	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1369	TROMBINA HUMANA 2500UI POLVO LIOFILIZADO	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1370	TROPICAMIDA + FENILEFRINA HCL (5+ 50) MG/ML SOLUCION OFTALMICA	FRASCO	A Demanda
1371	TROPICAMIDA 10 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FRASCO 15 ML	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
1372	UNGUENTO EMOLIENTE UNGÜENTO TOPICO POTE 500 G	TUBO	A Demanda
1373	UREA (CARBAMIDA)150 MG/G UNGÜENTO TOPICO TUBO 60 G	TUBO	A Demanda
1374	UREA 40% (CARBAMIDA) 150 MG/G CREMA TUBO 5 G	TUBO	A Demanda
1375	URSODESOXICOLICO ACIDO 300 MG	TABLETA	A Demanda
1376	VACUNA ANTIHEPATITIS A PURIFICADA E INACTIVADA SUSPENSION INYECTABLE 1440 UN /1 ML	AMPOLLA	A Demanda
1377	VACUNA ANTITETANICA 40UI/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1378	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1379	VACUNA CONTRA HEPATITIS B 10 MCG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1380	VACUNA CONTRA HEPATITIS B 20 MCG/ML	AMPOLLA	A Demanda
1381	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO 1 MCG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1382	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO DECAVALENTE	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1383	VACUNA MENINGOCOCICA TETRAVALENTE POLISACARIDOS A/C/Y/W135 4 MCG/ 0.5ML VIAL	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1384	VACUNA POLISACARIDA ANTIMENINGOCOCCICA A+C 0.5 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1385	VALACICLOVIR 1000 MG	TABLETA	A Demanda
1386	VALACICLOVIR 500 MG	TABLETA	A Demanda
1387	VALGANCICLOVIR 450 MG	TABLETA	A Demanda
1388	VALGANCICLOVIR 5G POR CADA 12 G DE POLVO PARA RECONSTITUIR EN 100ML DE SOLUCION ORAL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL	A Demanda
1389	VALPROATO DE MAGNESIO 200 MG	TABLETA	A Demanda
1390	VALPROATO DE MAGNESIO 500 MG	TABLETA	A Demanda
1391	VALPROATO DE SODIO 500 MG	TABLETA	A Demanda
1392	VALPROICO ACIDO (SALES SODICA O MAGNESICA) 250 MG/5/120 ML (MOLECULA ORIGINAL)	SOLUCION ORAL	A Demanda
1393	VALPROICO ACIDO 250 MG	TABLETA	A Demanda
1394	VALPROICO ACIDO 250 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
1395	VALPROICO SODICO 250 MG/5 ML SOLUCION ORAL FRASCO 120 ML	SOLUCION ORAL	A Demanda
1396	VANCOMICINA 500 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1397	VANCOMICINA 500 MG (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1398	VANCOMICINA HIDROCLORURO 250 MG	CAPSULA	A Demanda
1399	VASELINA COMPLEJA 500 G CREMA TOPICA	CREMA TOPICA	A Demanda
1400	VASOPRESINA 20UI/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1401	VECURONIO BROMURO 10 MG (MOLECULA ORIGINAL)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1402	VECURONIO BROMURO 10 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1403	VENLAFAXINA 150 MG	CAPSULA	A Demanda
1404	VENLAFAXINA 37.5 MG	CAPSULA	A Demanda
1405	VENLAFAXINA 75 MG	CAPSULA	A Demanda
1406	VERAPAMILO 120 MG	TABLETA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total		
				DESIERTO	DESIERTO
	9.639			9.639	DDB
	20.361			20.361	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	919			919	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	7.205			7.205	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	35.482			35.482	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	20.482			20.482	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	1.455			1.455	DDB
	17.173			17.173	DDB
	123			123	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	2.952			2.952	DDB
	3.485			3.485	DDB
	22.120			22.120	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
	8.159			8.159	DDB
	10.578			10.578	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	89			89	DDB

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO			
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad
1407	VERAPAMILO 5 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1408	VERAPAMILO 80 MG	TABLETA	A Demanda
1409	VIGABATRIM 500 MG	TABLETA	A Demanda
1410	VISMODEGID 150 MG	TABLETA	A Demanda
1411	VITAMINA A 100.000 UI	CAPSULA	A Demanda
1412	VITAMINA A 50.000 UI	CAPSULA	A Demanda
1413	VITAMINA A PALMITATO 50.000 UI/ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1414	VITAMINA D3 + MAGNESIO 2000 UI + 80 MG	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1415	VITAMINA E (ALFATOCOFEROL) 400 UI	CAPSULA	A Demanda
1416	VITAMINA E 100 UI	CAPSULA	A Demanda
1417	VITAMINAS DEL COMPLEJO B	SUSPENSION INYECTABLE	A Demanda
1418	VITAMINAS DEL COMPLEJO B 10 MG + 10 MG + 20 MG + 50 MG	TABLETA	A Demanda
1419	VORICONAZOL 200 MG	TABLETA	A Demanda
1420	VORICONAZOL 200 MG	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1421	WARFARINA 5 MG	TABLETA	A Demanda
1422	WARFARINA 5 MG (MOLECULA ORIGINAL)	TABLETA	A Demanda
1423	WARFARINA SODICA CRISTALINA 2.5 MG	TABLETA	A Demanda
1424	YODO POVIDONA 10G. EQUIVALENTE A 1G DE YODO X 120 ML	FRASCO	A Demanda
1425	YODOPOVIDONA 0.5% SOLUCION OFTALMICA	SOLUCION OFTALMICA	A Demanda
1426	YODOPOVIDONA 10 G SOLUCION	SOLUCION	A Demanda
1427	ZIDOVUDINA 10 MG/ML FRASCO 100 ML SOLUCION ORAL	FRASCO	A Demanda
1428	ZIDOVUDINA 10 MG/ML FRASCO 240 ML	FRASCO	A Demanda
1429	ZIDOVUDINA 10 MG/ML X 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	A Demanda
1430	ZIDOVUDINA 100 MG	TABLETA	A Demanda
1431	ZIDOVUDINA 300 MG	TABLETA	A Demanda
1432	ZIDOVUDINA SUSPENSION 50MG/5ML X 120 ML	FRASCO	A Demanda
1433	ZOLPIDEM 10 MG	TABLETA	A Demanda
1434	ZOPICLONA 7.5 MG	TABLETA RECUBIERTA	A Demanda

PROPONENTE 4	PROPONENTE 5	PROPONENTE 6	PROPONENTE 10	MENOR VALOR OFERTADO	PROPONENTE
JOHNSON & JHONSON	DDB	SICMAFARMA	BLAU FARMACEUTICA		
V/r Total	V/r Total	V/r Total	V/r Total	DESIERTO	DESIERTO
				65	DDB
	65			1.783	DDB
	1.783			DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				96	DDB
	96			DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	67.686			67.686	DDB
	115.722			115.722	DDB
	120			120	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	3.313			3.313	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	10.345			10.345	DDB
	69.028			69.028	DDB
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
				DESIERTO	DESIERTO
	120			120	DDB
	120			120	DDB

AMARILLOS LLEVAN IVA INCLUIDO