	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	18 DE OCTUBRE 2018
-----------------------------	--------------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 162/18
----------------------------	-----------------------------

Señor (a)
LUPERLY SABOGAL MARTINEZ
Representante Legal
SICMAFARMA S.A.S
Dirección: **CARRERA 19 No 120 - 71 OFICINA 515**
Teléfono: **3560977**
Correo: **servicioalcliente@sicmafarma.com; gerenciacomercial@sicmafarma.com; pedidos@sicmafarma.com; licitaciones@sicmafarma.com**

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, Y TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, Y EN LA OFERTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO REFERENCIADO, SE HA DECIDIDO ACEPTAR LA PROPUESTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO DE INVITACIÓN A COTIZAR 162/18

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
----------------------------	--

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	10	INSULINA GLARGINA 100UI/ML SOLUCION INYECTABLE	UNIDAD	59
---	-----------	---	---------------	-----------

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	DOS (2) MESES
--	---------------

VALOR DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA MIL PESOS (\$4.130.000)
---------------------------	--

FORMA DE PAGO	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
----------------------	--

PLAZO DE OTORGAMIENTO DE GARANTÍAS	CINCO (5) PRIMEROS DÍAS HÁBILES POSTERIOR A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.
---	--

	Obligaciones del Contratista – Generales
	1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
	2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
	3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
	4. SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROSÍ QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
	5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
	6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
	7. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	18 DE OCTUBRE 2018
-----------------------------	--------------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 162/18
----------------------------	-----------------------------

Señor (a)
LUPERLY SABOGAL MARTINEZ
Representante Legal
SICMAFARMA S.A.S
Dirección: **CARRERA 19 No 120 - 71 OFICINA 515**
Teléfono: **3560977**
Correo: **servicioalcliente@sicmafarma.com; gerenciacomercial@sicmafarma.com; pedidos@sicmafarma.com; licitaciones@sicmafarma.com**

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, Y TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, Y EN LA OFERTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO REFERENCIADO, SE HA DECIDIDO ACEPTAR LA PROPUESTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO DE INVITACIÓN A COTIZAR 162/18

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	8. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DE CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
	Obligaciones del Contratista – Específicas
	1.REALIZAR LAS ENTREGAS EN LOS SITIOS Y HORARIOS ESTABLECIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
	2.LOS INSUMOS SOLICITADOS DEBERÁN SER DISPENSADOS MAXIMO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD EFECTUADA POR LA SUBRED NORTE.
	3.EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A CAMBIAR LOS INSUMOS CUYA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA IGUAL O MENOR A TRES, (3) MESES, UNA VEZ HAYA SIDO NOTIFICADO POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, AUN CUANDO LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA ESE CUMPLAN SU VIGENCIA Y/O VENCIMIENTO.
	4.SUMINISTRAR LOS INSUMOS OBJETO DE ESTE CONTRATO PARA LOS CUALES SE ESTABLECE QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS NO PODRÁN SER INFERIOR A UN AÑO (1) Ó EL 75% DE LA VIDA ÚTIL, AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA DEL INSUMO EN LA INSTITUCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO INDICADAS PARA EL PRODUCTO POR EL FABRICANTE QUIEN DEBE ASEGURARLAS HASTA ENTREGAR LOS INSUMOS EN LA ESE, SI ES A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR, ESTE DEBE GARANTIZAR LAS MISMAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.
	5.REALIZAR LA REPOSICIÓN DE LOS INSUMOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED HASTA SETENTA Y DOS (72) HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL PRODUCTO.
	6.GARANTIZAR QUE LOS INSUMOS ENTREGADOS ESTÉN MARCADOS CON EL RESPECTIVO REGISTRO SANITARIO, LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO EN EL EMPAQUE PRIMARIO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 677 DE ABRIL DE 1995.
	7.LOS INSUMOS OFRECIDOS DEBEN SER FABRICADOS DE CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA Y CONTROL DE CALIDAD Y LAS NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS VIGENTES EN LA MATERIA. LOS PRODUCTOS IMPORTADOS DEBEN CUMPLIR CON LAS NORMAS DE LOS ARTÍCULOS 72, 73 Y 74 DEL DECRETO 677 DE 1995 DEL MINISTERIO DE SALUD.
	8.LA SUBRED NORTE SE TENDRA LA POTESTAD DE SOLICITAR EL CAMBIO O ACLARACION FRENTE A INSUMOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR EL INVIMA CON ALERTAS DE TECNOVIGILANCIA. DEBERA APORTAR EL NOMBRE Y CONTACTO DEL REFERENTE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA CON EL FIN DE REALIZAR LOS REPORTE O SUCESOS QUE SE PUEDAN RELACIONAR CON EL USO DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS ADJUDICADOS.

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
---------------------------------	--

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO

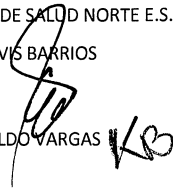
YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ
GERENTE

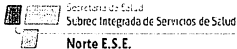
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Aprobó: DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS

Revisó: LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA

Proyectó: KAREN DANIELA BARACALDO YARGAS



	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	18 DE OCTUBRE 2018
-----------------------------	--------------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 162/18
----------------------------	-----------------------------

Señor (a) RAFAEL ANTONIO SALAMANCA Representante Legal DÉPOSITO DE DROGAS BOYACÁ Dirección: TRANSVERSAL 93 No 51 - 98 BODEGA 18 PARQUE EMPRESARIAL PUERTA DEL SOL Teléfono: 7432597 Correo: contacto@ddb.com.co; info@ddb.com.co; licitaciones2@ddb.com.co

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA
EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, Y TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, Y EN LA OFERTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO REFERENCIADO, SE HA DECIDIDO ACEPTAR LA PROPUESTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO DE INVITACIÓN A COTIZAR 162/18

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
----------------------------	--

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	VER ANEXO 1.
---	--------------

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	DOS (2) MESES
--	---------------

VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS (\$35.664.645)
---------------------------	---

FORMA DE PAGO	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
----------------------	--

PLAZO DE OTORGAMIENTO DE GARANTÍAS	CINCO (5) PRIMEROS DÍAS HÁBILES POSTERIOR A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.
---	--

Obligaciones del Contratista – Generales
1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROSÍ QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
7. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.
8. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	18 DE OCTUBRE 2018
-----------------------------	--------------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 162/18
----------------------------	-----------------------------

Señor (a) RAFAEL ANTONIO SALAMANCA Representante Legal DÉPOSITO DE DROGAS BOYACÁ Dirección: TRANSVERSAL 93 No 51 - 98 BODEGA 18 PARQUE EMPRESARIAL PUERTA DEL SOL Teléfono: 7432597 Correo: contacto@ddb.com.co; info@ddb.com.co; licitaciones2@ddb.com.co

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, Y TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, Y EN LA OFERTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO REFERENCIADO, SE HA DECIDIDO ACEPTAR LA PROPUESTA PRESENTADA POR USTED DENTRO DEL PROCESO DE INVITACIÓN A COTIZAR 162/18

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Obligaciones del Contratista – Específicas
	1.REALIZAR LAS ENTREGAS EN LOS SITIOS Y HORARIOS ESTABLECIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
	2.LOS INSUMOS SOLICITADOS DEBERÁN SER DISPENSADOS MAXIMO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD EFECTUADA POR LA SUBRED NORTE.
	3.EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A CAMBIAR LOS INSUMOS CUYA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA IGUAL O MENOR A TRES, (3) MESES, UNA VEZ HAYA SIDO NOTIFICADO POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, AUN CUANDO LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA ESE CUMPLAN SU VIGENCIA Y/O VENCIMIENTO.
	4.SUMINISTRAR LOS INSUMOS OBJETO DE ESTE CONTRATO PARA LOS CUALES SE ESTABLECE QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS NO PODRÁN SER INFERIOR A UN AÑO (1) Ó EL 75% DE LA VIDA ÚTIL, AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA DEL INSUMO EN LA INSTITUCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO INDICADAS PARA EL PRODUCTO POR EL FABRICANTE QUIEN DEBE ASEGURARLAS HASTA ENTREGAR LOS INSUMOS EN LA ESE, SI ES A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR, ESTE DEBE GARANTIZAR LAS MISMAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.
	5.REALIZAR LA REPOSICIÓN DE LOS INSUMOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED HASTA SETENTA Y DOS (72) HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL PRODUCTO.
	6.GARANTIZAR QUE LOS INSUMOS ENTREGADOS ESTÉN MARCADOS CON EL RESPECTIVO REGISTRO SANITARIO, LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO EN EL EMPAQUE PRIMARIO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 677 DE ABRIL DE 1995.
	7.LOS INSUMOS OFRECIDOS DEBEN SER FABRICADOS DE CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA, CONTROL DE CALIDAD Y LAS NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS VIGENTES EN LA MATERIA. LOS PRODUCTOS IMPORTADOS DEBEN CUMPLIR CON LAS NORMAS DE LOS ARTÍCULOS 72, 73 Y 74 DEL DECRETO 677 DE 1995 DEL MINISTERIO DE SALUD.
	8.LA SUBRED NORTE SE TENDRA LA POTESTAD DE SOLICITAR EL CAMBIO O ACLARACION FRENTE A INSUMOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR EL INVIMA CON ALERTAS DE TECNOVIGILANCIA. DEBERA APORTAR EL NOMBRE Y CONTACTO DEL REFERENTE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA CON EL FIN DE REALIZAR LOS REPORTES O SUCESOS QUE SE PUEDAN RELACIONAR CON EL USO DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS ADJUDICADOS.

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	GLORIA ANDREA PANESO RODRIGUEZ - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
---------------------------------	---

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO

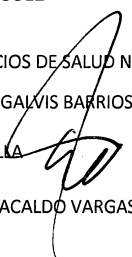
YIDNEY ISABEL GARCIA RODRÍGUEZ
GERENTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Aprobó: DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS

Revisó: LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA

Proyectó: KAREN DANIELA BARACALDO VARGAS



KB

ANEXO No 1

Item / Código	Nombre / Descripción	Cantidad	ESPECIFICACIÓN TECNICA	OBSERVACIÓN
1	AMPICILINA + SULBACTAM (SULTAMICILINA) 250+125MG(375MG) TABLETA	A DEMANDA		
2	ASCÓRBICO ÁCIDO 500 MG TABLETA MASTICABLE	A DEMANDA		
3	BUPIVACAÍNA CON EPINEFRINA 50MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
4	CARBAMAZEPINA 400 MG (MOLECULA ORIGINAL) TABLETA DE LIBERACION RETARDADA	A DEMANDA		
5	CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA	A DEMANDA		
6	DARUNAVIR ETANOLATO 800 MG MOLECULA ORIGINALTABLETA	A DEMANDA		
7	DICLOXACILINA 250MG/5ML POLVO ORAL PARA RECONSTITUIR A 80 ML	A DEMANDA		
8	FOSFOMICINA 4 GPOLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A DEMANDA		
9	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA	A DEMANDA		
11	LACTULOSA 3.34G/5/240 ML SOLUCION ORAL	A DEMANDA		
12	LEUPRORELIN Y SALES 22.5MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
13	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 1% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
14	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% * 20 MLSOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
15	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 1% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
16	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 2% x 20 ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
17	NAPROXENO 500 MG TABLETA	A DEMANDA		
18	PALIPERIDONA 100 MG AMPOLLA	A DEMANDA		
20	VISMODEGID 150MG TABLETA	A DEMANDA		
21	ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325/5 MG TABLETAS	A DEMANDA		
22	ACETATO DE ATOSIBAN EQUIVALENTE A ATOSIBAN 6,75 MG/0,9 ML SOLUCION PARA INFUSION INTRAVENOSA	A DEMANDA		

23	ACIDO CARGLUMICO 200 MG TABLETA	A DEMANDA		
24	AZACITIDINA 100 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A DEMANDA		
25	BEVACIZUMAB 25MG/ML X 4ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
26	CARBAMAZEPINA 200 MG MOLECULA ORIGINALTABLETA DE LIBERACION RETARDADA	A DEMANDA		
27	EFAVIRENZ 600 MG (MOLECULA ORIGINAL) TABLETA	A DEMANDA		
28	ERITROPOYETINA 30.000 UI/0,6 ML MOLECULA ORIGINALSOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
29	ESOMEPRAZOL 40 MG MOLECULA ORIGINAL TABLETA	A DEMANDA		
30	EVEROLIMUS 10 MG TABLETA	A DEMANDA		
31	FENTANILO CITRATO 16,8 MGPARCHÉ TRANSDERMICO	A DEMANDA		
33	INTERFERON BETA 1B (BETA FERON) 8.000.000UI-(250MCG)/ ML X 15 UNIDADES SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
35	METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) (100 MCG/0.3 ML) SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
36	METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) 150 MCG/0.3 ML SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
37	ROMIPLOSTIM 250 MCG POLVO INYECTABLE	A DEMANDA		
38	SUNITINIB 12.5 MG CAPSULA	A DEMANDA		
39	SUNITINIB 25 MG CAPSULA	A DEMANDA		
40	SUNITINIB 50 MG CAPSULA X 28	A DEMANDA		
42	TOCILIZUMAB 200MG/10ML® SOLUCION INYECTABLE	A DEMANDA		
43	TRASTUZUMAB 440MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	A DEMANDA		
44	TRASTUZUMAB 600 MG/5 ML. POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SUBCUTANEA	A DEMANDA		
45	VALGANCICLOVIR 500 MG Polvo Reconstituir a Solucion o Suspension Oral	A DEMANDA		