	FORMATO NECESIDAD ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO	GJ-FR-001
			VERSIÓN	001
			FECHA	19/09/2022
Proceso: Gestión Jurídica			HOJA	Página 1 de 30

Valledupar Cesar, 22 de septiembre de 2025.

Doctor:
JOSE OCTAVIANO LIÑAN MURGAS
Representante Legal
E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ
Ciudad.

Doctor:
FREDYS SOCARRÁS REALES
Representante Legal
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO
Ciudad.

Doctor:
ÉDGAR EDUARDO VILLA
Representante Legal
HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA
Ciudad.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Estatuto de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Pumarejo de López, me permito presentar la siguiente necesidad:

DESCRIPCION DE LA NECESIDAD QUE SE REQUIERE CONTRATAR:

OBJETO	NEGOCIACIÓN CONJUNTA PARA CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.
JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD A CONTRATAR	<p>Las Empresas Sociales del Estado, como entes responsables de prestar servicios de salud de baja y algunos de mediana y alta complejidad, con enfoque en prevención de la enfermedad y promoción de calidad de vida; atención primaria integral con responsabilidad social para nuestros usuarios, su familia, la comunidad y su entorno, tiene planteados y aprobados dentro su plan de gestión institucional, diferentes procesos que le permiten el logro de sus fines y objetivos.</p> <p>Consecuente con la prestación de servicios que le atañe a los Hospitales en cumplimiento de su misión se genera la obligación de proveer los medicamentos requeridos por los usuarios, de conformidad con los servicios ofertados. Lo anterior, en cumplimiento de los mandatos previstos en los artículos 48 y 49 de la Carta Constitucional y lo dispuesto en las normas legales que regulan el sistema, en particular lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios, específicamente el Decreto 1298 de 1994, la Resolución No. 5261 de 1994, las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, así como la resolución 5521 del 2013 del Ministerio de Salud y la Protección Social.</p> <p>Por lo anterior, las E.S.E tienen la necesidad de adquirir los medicamentos ambulatorios POS, NO POS, Medicamentos hospitalarios, y todos aquellos prescritos dentro de los servicios prestados por LAS ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA, Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, para la presente vigencia; además de la dispensación y despacho de los mismos, buscando con ello mantener la continuidad en los tratamientos médicos instaurados por el grupo de profesionales de la salud que se desempeñan en las Entidades y evitar así desabastecimiento de medicamentos que lleve el agravamiento a las patologías crónicas y aun agudas que pueden ser tratadas ambulatoriamente en concordancia con el Decreto 2200 de 2005, Resolución 1403 del 2007, resolución 1478 de 10 de Mayo de 2006, Resolución 2003 del 2014 y resolución</p>

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO	GJ-FR-001
VERSIÓN	001
FECHA	19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica**HOJA****Página 2 de 30**

5521 del 2013 del Ministerio de Salud y la Protección Social, Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y la Protección Social y Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Concordante con lo expuesto y teniendo en cuenta que existe similitud en las necesidades que en materia de suministro de medicamentos presentan LAS ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA, Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, se considera pertinente adelantar un proceso de negociación conjunta a la luz de las disposiciones legales que regulan el sector salud, más aún cuando estos procesos vienen siendo impulsados y apoyados tanto por la Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca como herramienta de cooperación entre las E.S.E. para facilitar su operación, permitiéndoles compartir recursos humanos y financieros, intercambiar y consolidar servicios y aprovechar economías de escala para optimizar sus recursos en aras de generar estabilidad económica de las ESE.

Para respaldar el presente proceso de selección y pago del contrato que de él se derive, LAS ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA, Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, dispone dentro de su presupuesto de gastos de la vigencia 2025, recursos en las siguientes cuantías:

ITEM	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CDP	RUBRO	VALOR
1	ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ	2686	2.4.5.01.03-35291 ARTICULOS FARMACEUTICOS PARA USO MEDICO O QUIRURGICO	\$ 2.000.000.000
2	ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA	1201	245010302 MEDICAMENTOS	\$ 1,200,000,000
3	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	675	2.4.5.01.03.01 PRODUCTOS FARMACEUTICOS	\$ 1.400.000.000

DESCRIPCION
TECNICA Y
DETALLADA DE
LOS BIENES,
SERVICIOS Y
MANTENIMIENTO
A CONTRATAR

ITEM	DESCRIPCIÓN (ENTIDAD)	PRESENTACIÓN
1	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 100ML	169.341
2	LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I	70.455
3	ACETAMINOFEN 1 GR / 100 ML (PARACETAMOL) AMPOLLA	17.940
4	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 500ML	53.253
5	SURFACTANTE PULMONAR 25 MG/ 3.0 ML CUROSURF	75
6	PIPERACILINA - TAZOBACTAM 4.5 G AMP	15.162
7	PALIVIZUMAB POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 50 MG	49
8	ETONOGESTREL 68 MG IMPLANTE SUBDERMICO	960
9	CEFTAZIDIMA 2G +AVIBACTAM 0.5G POLVO VIAL SOLUCION INYECTABLE	180
10	ALTEPLASE ACTIVADOR TISULAR INFUSION INTRAVENOSA 50 MG POLVO LIOFILIZADO KIT X 2 VIALES	63
11	PALIVIZUMAB 100MG -AMPOLLA	20

12	AMPICILINA SODICA - SULBACTAM SODICO 1 G - 0.5 G POLVO PARA INYECCION	49.839
13	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SODICO) 500 MG DE BASE PO	7.083
14	INMUNOGLOBULINA HUMANA IGG X 5G (5%) X 100ML SLN INY	102
15	INMUNOGLOBULINA HUMANA IGG 5% + IGM + IGA x 50ML SOL. INYECTABLE.	30
16	ENOXAPARINA 40MG -AMP	6.561
17	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 50 ML	26.073
18	FOSFOMICINA 4 GR AMPOLLA	180
19	ALBUMINA HUMANA NORMAL 20% / 50ML SOLUCION INYECTABLE	507
20	OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG	34.317
21	SURFACTANTE PULMONAR 120MG/ 1.5ML CUROSURF	72
22	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 250ML	21.534
23	IOPAMIDOL 612MG/ML SOLUCION INYECTABLE 100 ML	336
24	MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	5.388
25	LEVONORGESTREL 150MG IMPLANTE SUBDERMICO	534
26	ENOXAPARINA 60MG -AMP	3.033
27	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE	18.339
28	VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA IN	7.167
29	CEFAZOLINA 1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	24.582
30	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D RH 300MCG SLN INY	213
31	LINEZOLID 600MG/300ML SOLUCION INYECTABLE	1.380
32	SEVOFLURANO SOLUCION 100% X 250 ML (SEVORANE) FCO	123
33	CASPOFUNGINA 50 MG POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	183
34	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO - DIPIRONA (0.020 - 2.5)G/5 ML SOLUCION INYECTABLE	12.594
35	FENTANILO CITRATO 0.5 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	8.973
36	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	6.672
37	MIDAZOLAM 15 MG / 3ML AMPOLLA	7.713
38	MEROPENEM AMP 500 MG	4.023
39	FERINJECT 500MG/10ML AMP CARBOXIMALTOSA	60
40	BUPIVACAINA-DEXTROSA 0.5 % /4 ML AMPOLLA	4.905
41	GLUTAMINA 20 G/100 ML SOLUCIÓN INYECTABLE	60
42	CLINDAMICINA (FOSFATO) 600 MG /4ML AMPOLLA	13.911
43	DIPIRONA 2.5G X 5ML SOLUCION INYECTABLE	24.663
44	CEFEPIME 1G SLN INY	8.046
45	ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII 2000MILL AMP ORALES	3.498
46	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML SOLUCION INYECTABLE AMP X 5 ML	1.422
47	AMINOACIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS 10% (AM) 500ML	525
48	CLARITROMICINA POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 500 MG	2.232

49	REMIFENTANYL POLVO PARA RECONSTITUIR 2 MG	834
50	AMINOACIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS 10% 100 ML	450
51	TIGECICLINA 50MG SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	549
52	AMINOACIDOS ESENCIALES ENSURE CLINICAL LIQUIDO VAINILLA BOTELLA X 220 ML ABBOTT	1.830
53	CEFALOTINA 1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	10.929
54	NOREPINEFRINA SOLUCION INYECTABLE 4 MG/4 ML	7.575
55	ELEMENTOS TRAZA TR 10ML	1.218
56	LIDOCAINA AEROSOL 10 %/80 G	276
57	AGUA ESTERIL IRRIGACION+GLICINA 3000ML (CORPAUL)	474
58	LEVONORGESTREL 75 MG IMPLANTE JADELLE 5 AÑOS	180
59	LIDOCAINA GEL O JALEA 2 %/30 G	1.884
60	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 100 MG POLVO PARA IN	6.396
61	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE INYECTABLE	78
62	ERTAPENEM 1GR SOLUCION INYECTABLE	255
63	ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML SOLUCION INYECTABLE	2.982
64	CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 2 MEQ/ML/10 ML	9.837
65	METRONIDAZOL SOLUCION INYECTABLE 500 MG/100 ML	6.198
66	OXITOCINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE	7.515
67	AGUA ESTERIL PARA IRRIGACION BOLSA X 3000 ML	564
68	AMPICILINA POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 500 MG	10.371
69	LABETALOL HCI 100 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	918
70	PEDEA 5MG AMPOLLA IV IBUPROFENO	30
71	HIOSCINA BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE 20 MG/ML	17.223
72	SUCCINILCOLINA 1GR /10ML (10%) SOLUCION INYECTABLE	342
73	LIPIDOS 20% FCO x 100ML	300
74	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS INHALADOR	2.616
75	CALCIO GLUCONATO 10% SOLUCION INYECTABLE	6.126
76	COLISTIMETATO DE SODIO G.E.S. 1 UI POLVO LIOFILIZADO (150 MG/1UI) REGULADO	417
77	INSULINA GLULISINA 100UI/ML FRASCO X 10 ML	150
78	ACICLOVIR 250 MG POLVO PARA INYECCION	561
79	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL INY X 500ML	3.297
80	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 G POLVO PARA INYECCION	9.228
81	ENOXAPARINA 20MG -AMP	1.485
82	PENICILINA G. SODICA 1.000.000 U.I. POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY.	5.316
83	AMPICILINA POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 1 G	6.396
84	PROPOFOL SOLUCION INYECTABLE 10 MG/ML x 20 ML	2.097
85	DAPTOMICINA 500 MG- AMPOLLA	63

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS****CÓDIGO**
VERSIÓN
FECHAGJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 5 de 30

86	DIPIRONA 1 G SOLUCION INYECTABLE	22.029
87	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML AMPOLLA	3.813
88	CIPROFLOXACINA 200 MG/100 ML SOLUCION INYECTABLE	1.530
89	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 1000ML	2.388
90	TRAMADOL CLORHIDRATO AMP 50 MG/ML	18.888
91	ACUPAN (NEFOPAM) 20MG/2ML/ AMPOLLA	600
92	IOPAMIDOL 612MG/ML SOLUCION INYECTABLE 50ML	102
93	GLUCONATO DE CALCIO AMPOLLA	4.626
94	DEXMEDETOMIDINA 200 MCG/2ML SOLUCION INYECTABL	1.134
95	AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE 500 ML	3.060
96	CEFRADINA 1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	1.755
97	FORMULA LACTEA EN POLVO F-75 X 400G	114
98	FLUCONAZOL 200MG AMP	1.794
99	KETAMINA CLORHIDRATO (EQ. A 500MG/10ML) SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML/10 ML	666
100	TERLIPRESINA 0,85MG/5ML (0,17MG/1ML) AMPOLLA	60
101	POTASIO CLORURO 20 MEQ/10 ML SOLUCION INYECTABLE	11.757
102	AMINOACIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS 10% FRASCO 250ML	99
103	ANFOTERICINA B POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 50 MG	219
104	PERI OLIMEL N4 E X 1500ML PERIFERICO EMULSIONES INYECTABLES	30
105	TOXOIDE TETANICO INYECTABLE 0.5 ML AMPOLLA	660
106	CAFEINA CITRATO 10MG 1 ML AMP (PEYONA)	120
107	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG AMPOLLA	864
108	METOPROLOL TARTRATO SOLUCION INYECT 1 MG/ML AMP X 5ML	555
109	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE	15.285
110	SODIO NITROPRUSIATO 50 MG POLVO PARA SOLUCION INYECTAB	171
111	SULFATO DE MAGNESIO 2MG SOLUCION INYECTABLE 10ML	3.879
112	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 50% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 500 ML	738
113	METOTREXATO 500 MG /20 ML AMPOLLA	30
114	TRIMETOPRIM - SULFAMETOXAZOL (80MG-400MG) / 5 ML SOLUCION INYECTABLE	2.298
115	DAPAGLIFLOZINA 10 MG TABLETAS (REGULADO)	1.500
116	INSULINA GLARGINA 100 UI / ML SOL INY AMPOLLA X 10 ML	108
117	DEXAMETASONA 8MG/2ML AMPOLLA	13.497
118	BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG- INHALADOR BUCAL	822
119	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	9.087
120	FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	4.329
121	OXACILINA (SAL SODICA) 1 G POLVO PARA INYECCION	3.594
122	DOLUTEGRAVIR 50MG TAB	456

123	BECLOMETASONA DIPROPIONATO INHALADOR BUCAL 250 MCG/200 DOSIS	738
124	SODIO BICARBONATO 10 MEQ / 10 ML SOLUCION INYECTABLE	4.407
125	ZIDOVUDINA 200 MG/20ML (1%) SOLUCION INYECTABLE	75
126	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG/2 ML DE BASE SOLUCI	18.585
127	MISOPROSTOL 200 MCG TABLETA VAGINAL (TECNOQUIMICA)	2.304
128	AZTREONAM 1GR AMPOLLA	582
129	SOLUCION HARTMAN PARA IRRIGACION X 3000ML	195
130	LACTATO RINGER X 1000 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I	1.260
131	VALPROICO ACIDO 250 MG TABLETA O CAPSULA	23.718
132	AMIODARONA CLORHIDRATO 150 MG SOLUCION INYECTABLE	1.200
133	HIERRO SACARATO 100MG/5ML AMP	1.026
134	BUPIVACAINA HCL 0.75 % AMPOLLA X 4 ML	627
135	MANITOL 20% x 500 ML SOLUCION INYECTABLE	285
136	FORMULA POLIMERICA PULMOCARE CC LATA POR 237 CC	408
137	ETILEFRINA 10 MG / ML AMPOLLA	2.259
138	FORMULA POLIMERICA ADVANCE ENSURE LIQUIDO VAINILLA X 220 CC	390
139	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI POLVO PARA INYEC	2.214
140	CITRATO DE CAFEINA 20MG/2ML AMPOLLA	333
141	INMUNOGLOBULINA HEPATEC 100 UI X 2ML	30
142	ROCURONIO BROMURO 50MG/5ML INYECTABLE FCO	423
143	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA LIQUIDA 1 %/10 ML	354
144	ADRENALINA 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	4.953
145	ENOXAPARINA 80MG -AMP	240
146	TRIMEBUTINA MALEATO 50 MG / 5 ML AMPOLLA	840
147	CLORURO DE POTASIO 2MEQ/ML AMPOLLA 10ML	6.459
148	FORMULA POLIMERICA GLUCERNA LIQUIDO CC BOTELLA POR 237 CC	474
149	LORATADINA 5 MG/5 ML (0.1%) JARABE	1.722
150	FOSFATO 16 % + BIFOSFATO 6 % ENEMA SOLUCION RECTA BOLSA X 133 ML	525
151	ACIDO VALPROICO 500MG/5ML AMPOLLA	420
152	ACETAMINOFEN 150mg/5mL FCO x 60mL	3.264
153	IPRATROPIO B 0.25MG- FENOTEROLO.50MG SLN NEBULZAR FRASCO X 20 ML	165
154	SUCRALFATO (1G/5ML) SUSPENSION ORAL X 200 ML	150
155	ALIMENTO ESPECIAL PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA LIQUIDO LATA X 237 ML (NEPRO BP)	240
156	KIDCAL SUSPENSION 180ml	36
157	SOMATOSTATINA 3MG AMPOLLA (REGULADO)	21
158	POLIETILENGLICOL 3350 100G/160G POLVO RECONSTITUIR SUSP ORAL REF KRD0003	147
159	NITROGLICERINA SOLUCION INYECTABLE 50 MG/10 ML	474



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA

GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 7 de 30

160	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOLUCION INYECTABLE X 250 ML	1.338
161	AMIKACINA (SULFATO) 500 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	1.629
162	DOBUTAMINA 250MG/5ML SOLUCION INYECTABLE	522
163	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 100 MG/10 ML DE BASE SOLU	2.631
164	FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	8.550
165	INSULINA ZINC CRISTALINA 80 - 100 UI/ML SOLUCION INYECTABLE	252
166	CLORHEXIDINA JABON 2% BOLSA X 30 ML	510
167	CLORHIDRATO DE PROPARACAINA 0.5% SOLUCION OFTALMICA X15ML	51
168	PEROXIDO DE HIDROGENO 3% (AGUA OXIGENADA) 120 ML FCO	795
169	BICARBONATO DE SODIO 10MEQ/10ML AMPOLLA	2.217
170	TRAMADOL 100MG AMPOLLA	4.287
171	FLUMAZENIL 0.5 MG/ 5ML SOLUCIÓN INYECTABLE	48
172	GELATINA SUCCINATO (SUSTITUTO PLASMATICO) (EQ. A 4%) SOLUCION CONCENTRADA PARA INFUSION 40 G/500 ML	63
173	DIPIRONA MAGNESICA 2 G / 5 ML AMPOLLA	4.101
174	INSULINA GLARGINA 100/3ML CARTUCHO (LANTUS)	87
175	SULFATO DE ZINC 2 MG/M SOL ORAL 80ML	789
176	SULFATO DE BARIO 96% 176 GR POLVO LAB DIASPECT EZ PAQ	42
177	NALOXONA CLORHIDRATO 0.4 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	132
178	SALBUTAMOL (SULFATO) 0.5% SOLUCION PARA NEBULIZACION FRASCO X 10 ML	120
179	CLORHEXIDINA JABON 4% X 60ML	330
180	FORMULA POLIMERICA PEDIASURE CLINICAL X 220 ML	267
181	SUGAMMADEX 200 MG/2ML VIAL (REGULADO)	9
182	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 1MG/ML AMPOLLA	1.830
183	VECURONIO BROMURO 10 MG POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	180
184	LEVETIRACETAM 500MG/5ML SOLUCION INYECTABLE	96
185	CEFUROXIMA 750MG VIAL (REGULADO)	387
186	FENOBARBITAL 20 MG/5 ML (0.4%) SOLUCION ORAL	30
187	CLORHEXIDINA JABON 2% X 60 ML	330
188	DEXMEDETOMIDINA 100 UG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE X 4 ML DEXDOR	60
189	DESMOPRESINA ACETATO 15 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE	30
190	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOLUCION INYECTABLE X 250 ML	897
191	PENICILINA G BENZATINICA 1.200.000 UI POLVO PARA INYEC	1.419
192	CICLOFOSFAMIDA 1G POLVO PARA RECONSTITUCIR INYECTABLE	42
193	POLIETILENGLICOL 3350 SIN ELECTROLITOS 160 G	87
194	CLORHEXIDINA 4% JABON BOLSA X 30 ML	330
195	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA LIQUIDA 1 %/50 ML	312

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS****CÓDIGO**
VERSIÓN
FECHAGJ-FR-001
001
19/09/2022**Proceso: Gestión Jurídica****HOJA****Página 8 de 30**

196	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 MCG/200DOSIS INHALADOR BUCAL	393
197	DEXAMETASONA SOLUCION INYECTABLE 4 MG/1 ML	5.517
198	SULFATO DE MAGNESIO 10% X10ML SOLUCION INYECTABLE	2.034
199	NITROPRUSIATO DE SODIO 50MG/2ML AMPOLLA	51
200	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	49.956
201	CISATRACURIO SOLUCION INYECTABLE 10 MG	471
202	HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	1.515
203	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA SOLUCION INYECTABLE 2 %/10 ML	2.217
204	TIAMINA 100 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	300
205	AMIKACINA (SULFATO) 100 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	876
206	ALIMENTO ESPECIAL PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA LIQUIDO LATA X 237 ML (NEPRO AP)	210
207	RALTEGRAVIR 100MG GRANULOS ORAL/SACHETS	270
208	ZIDOVUDINA 10MG/ML FCO X 240ML SOLUCION ORAL	75
209	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 10 MG / ML AMPOLLA	1.050
210	HIDROXICINA 100 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	234
211	METILERGOMETRINA MALEATO 0.2 MG/1 ML (METHERGIN) AMPOLLA	1.368
212	NIFEDIPINO 30 MG TABLETA O CAPSULA DE LIBERACION PROGR	7.716
213	MIDAZOLAM 50MG/ 10ML SOLUCION INYECTABLE	60
214	FITOSTIMOLINE CREMA TOPICA TUBO X 32G	30
215	DIHIDROCODEINA JARABE 12.1 MG/5 ML FRASCOX 120 ML JARABE	312
216	GLUCONATO DE POTASIO 31.2 % FRASCO X 180 ML ELIXIR	195
217	ERITROPOYETINA 2.000 UI POLVO PARA INYECCION	309
218	BROMURO DE ROCURONIO 50MG AMPOLLA	150
219	DIAZEPAM 10 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	411
220	INSULINA GLULISINA 100 UI / ML X 3 ML APIDRA	75
221	CLARITROMICINA 500 MG TABLETA	2.046
222	ALUMINIO HIDROXIDO-MAGNESIO-SIMETICONA 150ML	357
223	SUCRALFATO 1 G TABLETA	3.453
224	BETAMETIL DIGOXINA 0.2 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	516
225	CLORURO DE SODIO 0.45% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 500 ML	390
226	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOLUCION INYECTABLE X 500 ML	561
227	ACETILCISTEINA SOLUCION INYENTABLE 300 MG / 3ML	336
228	ALPROSTADIL (CARDIOVASCULAR) 20 MCG / 1ML SOLUCION INYECTABLE	30
229	LACTULOSA 66.7 GR/100ML SOBRES X 15 ML	927
230	LACTULOSA JARABE 66.7 G/ML/240 ML	84
231	LEVOMEPROMAZINA 25 MG TABLETA	6.222
232	DALTEPARINA SODICA 2500 UI/0.2ML SOLUCION INYECTABLE	180



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA

GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 9 de 30

233	CARBONATO DE LITIO TABLETA 300 MG	2.772
234	ATAZANAVIR 300 MG + RITONAVIR 100 MG TAB	342
235	VITAMINA K 10MG AMPOLLA	762
236	VECURONIO BROMURO 4 MG POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	150
237	KETOROLACO 30 MG AMPOLLA	1.194
238	LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUCION ORAL FCO X 240ML	72
239	NISTATINA + OXIDO DE ZINC 100.000 U.I /CREMA TUBO X 60 GRAMOS	171
240	CICLOFOSFAMIDA 500 MG POLVO PARA INYECCION	30
241	CLARITROMICINA 250 MG/5 ML POLVO PARA SUSPENSION FRASCO X 50 ML	129
242	BUPIVACAINA HCL 0.75 % AMPOLLA X 10 ML	120
243	DARUNAVIR/RITONAVIR 800 MG/100 MG TABLETA	129
244	DEXTOSA 5 % EN SOLUCION SALINA 0.9% SOL INYX 500ML	360
245	METILPREDNISOLONA 40MG/1ML AMPOLLA	270
246	BUDESONIDA MICRONIZADA 1 MG/2ML SUSPENSION PARA NEBULIZACION	102
247	ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE 4000UI/ML (REGULADO)	117
248	VORICONAZOL 200MG AMPOLLA (REGULADO)	24
249	OCTREOTID 0.1 MG / ML X 1 ML SOLUCION INYECTABLE	60
250	SACUBITRILLO + VALSARTÁN 100 MG TABLETAS	270
251	ALUMINIO HIDROXIDO-MAGNESIO-SIMETICONA SUSPENSION FRASCO X 360 ML	207
252	ATORVASTATINA 40 MG TABLETA	12.591
253	LEVOMEPRIMAZINA 100 MG TABLETA	2.235
254	ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA (REGULADO)	4.458
255	LIDOCAINA HCL CON EPINEFRINA 2 % AMPOLLA X 20 ML	SEGÚN NECESIDAD
256	INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML 10ML (INSULEX N) AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
257	LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
258	GENTAMICINA 80 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
259	LOPINAVIR 200 MG - RITONAVIR 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
260	OLANZAPINA 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
261	BUDESONIDA 200 MCG INHALADOR FCO X 200 DOSIS	SEGÚN NECESIDAD
262	BUPIVACAINA C.E. 20mL 50mg/10mL BUPIRO	SEGÚN NECESIDAD
263	FENOBARBITAL SODICO 200 MG/ ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
264	LEVETIRACETAM 100MG/ML SOLUCION ORAL x 300 ML	SEGÚN NECESIDAD
265	OLANZAPINA 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
266	ALFAMETILDOPA 250 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD

267	QUETIAPINA 300MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
268	CLOZAPINA 100 MG TABLETA. USO EXCLUSIVO DE ESPECIALIST	SEGÚN; NECESIDAD
269	TRIMEBUTINA 200MG/15ML POLVO PARA SUSPENSION ORAL X 120 ML	SEGÚN; NECESIDAD
270	POLIETILENGLICOL 3350 POLVO SOBRE x 17G.	SEGÚN; NECESIDAD
271	FITOSTIMOLINE GASA 4GR	SEGÚN NECESIDAD
272	COMPLEJO B -VITAMINAS B12-B6-B1 AMP X 10ML	SEGÚN NECESIDAD
273	ADENOSINA 6MG/2ML JERINGA PRELLENA	SEGÚN NECESIDAD
274	METILERGOMETRINA MALEATO 0,2MG AMPOLLA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
275	CIPROFLOXACINA 200mg/10mL AMP (BLASKOV)	SEGÚN NECESIDAD
276	CLORFENIRAMINA JARABE 2 MG/ML/120 ML	SEGÚN NECESIDAD
277	FORMULA POLIMERICA PEDIASURE LIQUIDO POR 237 CC (AMB)	SEGÚN NECESIDAD
278	AMOXICILINA 250MG + ACIDO CLAVULANICO 62.5 MG / 5 ML SUSP ORAL	SEGÚN NECESIDAD
279	HALOPERIDOL 2 MG/ML (0.2%) SOLUCION ORAL FRASCO X 20 ML	SEGÚN NECESIDAD
280	BUPIVACAINA HCL 0.5% SOLUCION INYECTABLE X 10 ML (BUPIROP)	SEGÚN NECESIDAD
281	ALIMENTO DE USO ESPECIAL PLUMPY NUT SOBRE X 95 GR	SEGÚN NECESIDAD
282	SACUBITRIL+VALSARTAN 50MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
283	SALES DE REHIDRATACION ORAL. FORMULA OMS POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA. COMPONENTES EXPRESADOS EN G/L.	SEGÚN NECESIDAD
284	LEVETIRACETAM 500 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
285	GENTAMICINA SULFATO 40 MG / ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
286	NITROGLICERINA 50MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
287	LIDOCAINA + HIDROCORTISONA 5+0.28 G UNGÜENTO X 10G	SEGÚN NECESIDAD
288	ATROPINA SULFATO SOLUCION INYECTABLE 1 MG/ML/1 ML	SEGÚN NECESIDAD
289	BETAMETASONA (FOSFATO DISODICO) 4 MG/ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
290	NAPROXENO 150 MG/ 5ML (3%) SUSPENSION ORAL X 80 ML	SEGÚN NECESIDAD
291	QUETIAPINA 100MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
292	GENTAMICINA 160MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
293	OXIMETAZOLINA CLORHIDRATO SOLUCION NASAL 0.05 %/15 ML	SEGÚN NECESIDAD
294	CIPROFLOXACINO 100MG/10ML AMPOLLA (USO RESTRINGIDO)	SEGÚN NECESIDAD
295	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA 2%X50ML	SEGÚN NECESIDAD
296	TRAVAD ORAL X 133 ML FOSFATO DE SODIO MONOBASICO LIMON TECNOQUIMICAS	SEGÚN NECESIDAD

297	DARUNAVIR 800 MG TABLETAS (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
298	SULFADIAZINA DE PLATA 1 % CREMA TOPICA TUBO X 30 GR	SEGÚN NECESIDAD
299	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL (40+200MG/5ML) EQ. A SUSPENSION ORAL 0.8+4 G/60ml	SEGÚN NECESIDAD
300	MINOXIDIL TABLETA O TABLETA RECUBIERTA. 10 MG	SEGÚN NECESIDAD
301	MOXIFLOXACINA CLORHIDRATO 0,5%mg OFTALMICO (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
302	INSULINA GLARGINA (EQ. A 450 UI) 300 UI/ML/1.5 ML PLUMA PRELLENADO	SEGÚN NECESIDAD
303	ESOMEPRAZOL INYECTABLE 40 MG	SEGÚN NECESIDAD
304	PENICILINA G SODICA O POTASICA CRISTALINA 5.000.000 UI POLVO PARA INYECCION	SEGÚN NECESIDAD
305	METOTREXATO SODICO 50 MG POLVO PARA INYECCION.	SEGÚN NECESIDAD
306	VALSARTAN 80 MG TABLETAS RECUBIERTAS (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
307	MESNA UROMITEXAN AMPOLLA X 400 MG	SEGÚN NECESIDAD
308	RIFAMICINA 1% SOLUCION SPRAY FCO X 20 ML	SEGÚN NECESIDAD
309	GENTAMICINA 3 MG/ML (0.3%) SOLUCION OFTALMICA GOTAS X 10ML.	SEGÚN NECESIDAD
310	AZITROMICINA 200 MG/5 ML SUSPENSION FCO X 15 ML	SEGÚN NECESIDAD
311	BETAMETASONA FOSFATO DISODICO SOLUCION INYECTABLE 8 MG/2 ML	SEGÚN NECESIDAD
312	BUPIVACAINA CLORHIDRATO 0.5 % SIN EPINEFRINA 10 ML AMP.	SEGÚN NECESIDAD
313	FRESUBIN HEPA DRINK CAPPUCCINO X200 ML	SEGÚN NECESIDAD
314	RISPERIDONA 1MG/ML SOLUCION ORAL X 30 ML	SEGÚN NECESIDAD
315	SULFATO DE ZINC 2 MG/ML SLN ORAL FCO X 120 ML	SEGÚN NECESIDAD
316	VALPROICO SODICO 250 MG/5 ML COMO ACIDO (5%) JARABE FCO X 120 ML	SEGÚN NECESIDAD
317	RISPERIDONA 2MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
318	BOLSA DE ENEMA SULFATO DE BARIO CITRATADO 96% 397 Gr POLVO	SEGÚN NECESIDAD
319	QUETIAPINA 25MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
320	NISTATINA 100.000 U.I /CREMA TUBO X 30 GRAMOS	SEGÚN NECESIDAD
321	ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
322	AGUA ESTERIL X 10 ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
323	LOSARTAN POTASICO TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG	SEGÚN NECESIDAD
324	DALTEPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 5000 UI	SEGÚN NECESIDAD
325	ACIDO FUSIDICO 2 % CREMA TUBO X 15 GRAMOS	SEGÚN NECESIDAD
326	METRONIDAZOL 250MG/5ML SUSPENSION FCO x 120ML	SEGÚN NECESIDAD

327	BENCILO BENZOATO 30% LOCION	SEGÚN NECESIDAD
328	RIFAXIMINA 550MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
329	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
330	TIOPENTAL SODICO 1 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
331	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
332	NISTATINA 100000 UI SUSPENSION X 60ML	SEGÚN NECESIDAD
333	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
334	ATAZANAVIR 300MG CAPSULA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
335	EMTRICITABINA 200 MG - TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
336	CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
337	QUETIAPINA 200MG TABLETAS (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
338	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL	SEGÚN NECESIDAD
339	NAPROXENO 125MG/80ML SUSPENSION	SEGÚN NECESIDAD
340	OXIMETAZOLINA 0.25 MG/ML (0.025%) SOLUCION NASAL	SEGÚN NECESIDAD
341	DOPAMINA SOLUCION INYECTABLE 200 MG/5ML	SEGÚN NECESIDAD
342	AGUA ESTERIL PARA INYECCION 5ML	SEGÚN NECESIDAD
343	PREDNISONA 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
344	HIDROXIDO DE ALUM+MAGN+SIMET 4G/4G/0,4 G SUSPENSION ORAL FCO X360ML	SEGÚN NECESIDAD
345	CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA	SEGÚN NECESIDAD
346	CARVEDILOL 6.25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
347	AMOXICILINA 250 MG/5 ML DE BASE (5%) SUSPENSION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
348	CEFOTAXIMA 1G SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
349	CLONIDINA CLORHIDRATO TABLETA. 0.150 MG	SEGÚN NECESIDAD
350	AGUA OXIGENADA 500 ML	SEGÚN NECESIDAD
351	CARBOXIMETILCELULOSA 5 MG GOTAS OFTALMICAS	SEGÚN NECESIDAD
352	RISPERIDONA 1MG/ML SOLUCION ORAL X 20 ML	SEGÚN NECESIDAD
353	FRESUBIN 2KCAL FRUTOS DEL BOSQUE X 200ML	SEGÚN NECESIDAD
354	LIDOCAINA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA 2%X50 ML	SEGÚN NECESIDAD
355	BETAMETASONA 0,05% CREMA X 40GR TUBO	SEGÚN NECESIDAD
356	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 6MG X 5ML	SEGÚN NECESIDAD

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO

GJ-FR-001

VERSIÓN

001

FECHA

19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 13 de 30

357	TRIMETOPRIM 160 MG SULFAMETOXAZOL 800 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
358	ACIDO URSODESOXICOLICO 300MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
359	COLESTIRAMINA ANHIDRA 4 GRAMOS - SOBRE	SEGÚN NECESIDAD
360	BECLOMETASONA DIPROPIONATO NASAL SPRAY NASAL 50 MCG/	SEGÚN NECESIDAD
361	CAPTAPRIL 25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
362	NEOSTIGMINA METILSULFATO-0.5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
363	RISPERIDONA 1 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
364	ESPIRAMICINA 3.000.000 UI TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
365	TOBRAMICINA GOTA OFT 0.3%	SEGÚN NECESIDAD
366	LEVONORGESTREL 0.75 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
367	BISACODILO 5 MG GRAGEA	SEGÚN NECESIDAD
368	LORATADINA 5MG JARABE 100ML	SEGÚN NECESIDAD
369	CAPTAPRIL 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
370	VALSARTAN 160 MG TABLETAS (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
371	NALOXONA 0.4 MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
372	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
373	VITAMINA C 100 MG GOTAS FRASCO X 30 ML	SEGÚN NECESIDAD
374	LEVOMEPRIMAZINA 4 MG/ML (4%) SOLUCION ORAL X 20ML	SEGÚN NECESIDAD
375	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
376	TRIMEBUTINA 200MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
377	CLONAZEPAN 2.5MG SOL ORAL FCO X 20ML	SEGÚN NECESIDAD
378	GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG+ CONDROITINA SULFATO SODICO 1200MG+ METILSULFONILMETANO 2400MG POLVO NOVAMED SOBRES	SEGÚN NECESIDAD
379	NISTATINA/OXIDO DE ZINC CREMA 10000000+20 UI+G/100G/30 G	SEGÚN NECESIDAD
380	LACOSAMIDA 200 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
381	PREGABALINA 75 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
382	ACIDO FOLICO 1 MG SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
383	HIDROCORTISONA 1% CREMA TUBO x 20 GR	SEGÚN NECESIDAD
384	LOSARTAN 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
385	DAPAGLIFLOZINA/METFORMINA 5 MG/1000MG TABLETAS (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
386	ALBENDAZOL 100 MG/5 ML (2%) SUSPENSION ORAL FRASCO X 20 ML	SEGÚN NECESIDAD



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO	GJ-FR-001
VERSIÓN	001
FECHA	19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 14 de 30

387	CIPROFLOXACINA (0.3%) SOLUCION OFTALMICA 3 MG/ML/5 ML	SEGÚN NECESIDAD
388	LAMIVUDINA 150MG -ZIDOVUDINA 300MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
389	CLOPIDOGREL 75 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
390	PIRANTEL (EMBNATO O PAMOATO) 250 MG/5 ML COMO BASE (5%) SUSPENSION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
391	DOXICICLINA 100 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
392	PROGESTERONA MICRONIZADA 200 MG	SEGÚN NECESIDAD
393	TRIMETOPRIM - SULFAMETOXAZOL (80 - 400) MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
394	CETIRIZINA 1% 10MG/ML GOTAS FCO 15 ML	SEGÚN NECESIDAD
395	IRBESARTAN X 150MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
396	MEDROXIPROGEST+ESTRADIOL (CYCLOFEM) 0.5MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
397	SERTRALINA 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
398	CEFALEXINA 250 MG/5 ML (5%) SUSPENSION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
399	AMLODIPINO 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
400	CARBAMAZEPINA 100 MG/5 ML SUSPENSION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
401	DIFENHIDRAMINA 12.5 MG/5 ML. JARABE	SEGÚN NECESIDAD
402	ALBENDAZOL 200 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
403	FENOBARBITAL SODICO 40 MG/ ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
404	IVERMECTINA 0.6% X5ML	SEGÚN NECESIDAD
405	FLUOXETINA 20 MG/5 ML (COMO BASE) SOLUCION ORAL FRASCO X 70 ML	SEGÚN NECESIDAD
406	MISOPROSTOL 200MCG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
407	AMIODARONA 200MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
408	SILDENAFIL 25MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
409	BETAMETASONA+CLOTRIMAZOL+NEOMICINA TUB 20GR X	SEGÚN NECESIDAD
410	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE FCO X 90ML	SEGÚN NECESIDAD
411	METRONIDAZOL SUSPENSION 125MG/5ML	SEGÚN NECESIDAD
412	ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
413	LORAZEPAM 2 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
414	HIDROXICINA 0.25% FRASCO X 120 ML JARABE	SEGÚN NECESIDAD
415	TRANEXAMICO ACIDO 500 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
416	IBUPROFENO 100 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 120 ML	SEGÚN NECESIDAD

417	LEVODOPA - CARBIDOPA 250 MG - 25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
418	NAPROXENO 250 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
419	ESCITALOPRAM OXALATO 20MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
420	CIANOCOBALAMINA 1MG/ML AMPOLLA (VITAMINA B12)	SEGÚN NECESIDAD
421	GUAYACOLATO DE GLICERILO 2% X 120 ML	SEGÚN NECESIDAD
422	HIERRO (FERROSO) SULFATO 25% GOTAS ORAL FRASCO X 20 ML	SEGÚN NECESIDAD
423	CLONAZEPAM 2.0 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
424	CABERGOLINA 0.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
425	APIXABAN 5MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
426	ACICLOVIR 5% UNG TOP 15 G	SEGÚN NECESIDAD
427	FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
428	FLUVOXAMINA 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
429	HIERRO (FERROSO) SULFATO 4 G JARABE FRASCO X 120ML	SEGÚN NECESIDAD
430	RITONAVIR 100MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
431	ACETATO DE ALUMINIO 0.059% PH 4.5 LOCION FRASCO X 120ML	SEGÚN NECESIDAD
432	POLIMIXINAB+NEOMICINA+DEXAMETAZONA 5ML	SEGÚN NECESIDAD
433	CLONAZEPAN 2.5MG SOL ORAL FCO X 30ML	SEGÚN NECESIDAD
434	NIFEDIPINO CAPSULAS 10 MG	SEGÚN NECESIDAD
435	CETIRIZINA DICLORHIDRATO 5MG/5ML - JARABE X 60ML	SEGÚN NECESIDAD
436	METRONIDAZOL 500 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
437	AMIODARONA CLORHIDRATO 200 MG TABLETA. USO EXCLUSIVO D	SEGÚN NECESIDAD
438	CLOZAPINA 25 MG TABLETA. USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTA	SEGÚN NECESIDAD
439	AZITROMICINA 500 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
440	AMOXICILINA TABLETA O CAPSULA 500 MG	SEGÚN NECESIDAD
441	METOPROLOL TARTRATO 50 MG TABLETA O GRAGEA	SEGÚN NECESIDAD
442	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
443	NAPROXENO 500 MG TABLETAS	SEGÚN NECESIDAD
444	TAMSULOSINA 0.4 MG CAPSULAS DE LIBERACION MODIFICADA	SEGÚN NECESIDAD
445	TOPIRAMATO 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
446	ACIDO FOLICO DE 5 MG	SEGÚN NECESIDAD



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA

GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 16 de 30

447	AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO 100 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
448	BETAHISTINA DICLORHIDRATO 16MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
449	ARIPIRAZOL 15 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
450	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 250 MG/5 ML (5%) SUSPENSION	SEGÚN NECESIDAD
451	NEVIRAPINA 50MG/5ML -SUSP	SEGÚN NECESIDAD
452	HIDROXIUREA 500 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
453	KETOTIFENO 20 MG JARABE FRASCO X 100 ML	SEGÚN NECESIDAD
454	ACIDO FOLICO 1MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
455	TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
456	ACICLOVIR 200 MG TABLETAS	SEGÚN NECESIDAD
457	ASCORBICO ACIDO 500 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
458	FENITOINA SODICA 100 MG TABLETA O CAPSULA (PFIZER)	SEGÚN NECESIDAD
459	PAZOSINA 1 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
460	BETAHISTINA 8MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
461	NIMODIPINA 30 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
462	ESCITALOPRAM OXALATO 10MG -TAB	SEGÚN NECESIDAD
463	METRONIDAZOL OVULO O TABLETA VAGINAL 500 MG	SEGÚN NECESIDAD
464	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
465	CARVEDILOL 12.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
466	LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
467	ACIDO TRANEXAMICO 500 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
468	METFORMINA CLORHIDRATO TABLETA 850 MG	SEGÚN NECESIDAD
469	CILOSTAZOL 100MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
470	LEVOFLOXACINO 500 MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
471	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG DE BASE TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
472	SULFACETAMIDA SODICA (SULFAOFTAL) 10% SOLUCION OFTALMICA 100MG/15ML	SEGÚN NECESIDAD
473	CILOSTAZOL 50MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
474	IBUPROFENO 400 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
475	ESOMEPAZOL 20MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
476	FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA

GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 17 de 30

477	AMLODIPINO 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
478	LORATADINA 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
479	SULFATO FERROSO 25MG SOLUCION ORAL 20ML	SEGÚN NECESIDAD
480	DICLOXACILINA 500 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
481	FLUOXETINA 20 MG (COMO BASE) TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
482	PREDNISOLONA ACETATO 1% 10MG SUSP OFTALMICA	SEGÚN NECESIDAD
483	MEMANTINA 20MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
484	CLOBAZAN 20MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
485	MONTELUKAST 10 MG TAB (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
486	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
487	METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
488	PREDNISOLONA TABLETA 5 MG	SEGÚN NECESIDAD
489	ISOSORBIDE DINITRATO 5 MG TABLETA SUBLINGUAL	SEGÚN NECESIDAD
490	QUETIAPINA 50MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
491	TIAMINA 300 MG TABLETA, GRAGEA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
492	MESNA 400 MG SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
493	CALCITRIOL 0.25 MCG/CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
494	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/ML (10%) SOLUCION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
495	ENALAPRIL MALEATO 20 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
496	ABACAVIR 300 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
497	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG GRAGEA	SEGÚN NECESIDAD
498	MESALAZINA 500 MG TAB (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
499	FENOBARBITAL 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
500	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
501	HALOPERIDOL 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
502	PROPRANOLOL TABLETA 40 MG	SEGÚN NECESIDAD
503	ENALAPRIL MALEATO 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
504	CALCIO CARBONATO 600 MG - VITAMINA D3 200 UI TAB	SEGÚN NECESIDAD
505	ATORVASTATINA 20MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA

GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 18 de 30

506	LAMIVUDINA 150 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
507	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
508	TEOFILINA 80MG/15ML FRASCO 240ML ELIXIR	SEGÚN NECESIDAD
509	CLOBAZAM 10MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
510	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 300 MG TABLETA O TAB (ECAR	SEGÚN NECESIDAD
511	RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
512	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
513	AZATIOPRINA 50MG TABLETAS	SEGÚN NECESIDAD
514	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 500 MG TABLETA O CAPSU	SEGÚN NECESIDAD
515	CALCIO CARBONATO 600 MG COMO CALCIO. TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
516	BETAMETIL DIGOXINA 0.1 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
517	PRAZOSINA 1MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
518	METIMAZOL 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
519	ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRES X 3 G	SEGÚN NECESIDAD
520	TRIMEBUTINA SIMETICONA 200/120MG TAB (MUVETT)	SEGÚN NECESIDAD
521	LEVONORGESTREL+ ETINILESTRADIOL 0.15/0.03 MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
522	ALOPURINOL 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
523	VENLAFAXINA 75 MG CAPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	SEGÚN NECESIDAD
524	VERAPAMILLO TABLETA 80 MG	SEGÚN NECESIDAD
525	CEFRADINA 500MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
526	ERITROMICINA 500 MG DE BASE TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
527	NITROFURANTOINA 100 MG TABLETA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
528	MEDROXIPROGESTERONA 5MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
529	OXIBUTININO CLORURO 5MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
530	ALPRAZOLAM 0.50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
531	VITAMINA E 400 U.I CAPSULA BLANDA (AQUASOL E)	SEGÚN NECESIDAD
532	ACETILCISTEINA 600 MG GRANULADO SOBRE X 1.5 G	SEGÚN NECESIDAD
533	BETA METILDIGOXINA 0.2MG/2ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
534	VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO) 50.000 UI TABLETA. GRAGEA O CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
535	LORATADINA 10MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD

536	CALCITRIOL 0.50 MCG/CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
537	DINITRATO DE ISOSORBIDA 10MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
538	CARBONATO DE CALCIO 600MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
539	CLONAZEPAM 0.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
540	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
541	METOCARBAMOL 750 MG TABLETAS	SEGÚN NECESIDAD
542	SULFATO FERROSO 300MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
543	CROTAMITON 10% LOCION 60ML	SEGÚN NECESIDAD
544	PIRIDOXINA 50MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
545	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 200 MG TABLETA O TAB	SEGÚN NECESIDAD
546	ACETAZOLAMIDA 250 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
547	HIDROXICLOROQUINA X 200MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
548	SERTRALINA 100MG TAB	SEGÚN NECESIDAD
549	SULFASALAZINA 500MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
550	CLOTRIMAZOL 100 MG TABLETA VAGINAL	SEGÚN NECESIDAD
551	METOTREXATO 2.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
552	TIMOLOL AL 0.5% GOTAS OFTÁLMICAS (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
553	FUMARATO FERROSO + ACIDO FOLICO + ACIDO ASCORBICO TABLETA.	SEGÚN NECESIDAD
554	WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
555	PREGABALINA 150 MG CAPSULA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
556	LEVOTIROXINA 25 MG TABLETAS	SEGÚN NECESIDAD
557	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
558	ESOMEPRAZOL 40 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA	SEGÚN NECESIDAD
559	MINOXIDIL 10MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
560	DICLOFENACO 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
561	HALOPERIDOL 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
562	METOPROLOL TARTRATO TABLETA 100 MG	SEGÚN NECESIDAD
563	TIZANIDINA 2 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
564	CARBIDOPA + LEVODOPA 25/250MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
565	COLCHICINA 0.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA




GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 20 de 30

566	LEVOTIROXINA 100MCG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
567	VERAPAMILLO 120MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
568	GLIBENCLAMIDA 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
569	CLINDAMICINA 300MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
570	TEOFILINA 125MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
571	TINIDAZOL 500MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
572	MEMANTINA 10 MG TABLETA (REGULADO)	SEGÚN NECESIDAD
573	CLORFENIRAMINA 4MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
574	IBUPROFENO 800MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
575	ABACAVIR SOLUCION 20 MG/ML FCO X 240ML	SEGÚN NECESIDAD
576	ACETAMINOFEN+TIZANIDINA 350/2 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
577	ACICLOVIR 3% UNG OFTALMICO 10GR	SEGÚN NECESIDAD
578	ACICLOVIR 5% CREMA TOPICA TUBO X10G	SEGÚN NECESIDAD
579	ACIDO FOLICO 7.5 MG	SEGÚN NECESIDAD
580	ACIDO FOLINICO 10 MG SUSPENSION x 15	SEGÚN NECESIDAD
581	ACIDO FOLINICO 10 MG SUSPENSION x120	SEGÚN NECESIDAD
582	ACIDO POLIACRILICO GEL OFTALMICO 10 GR	SEGÚN NECESIDAD
583	ACIDO VALPROICO 250 MG SUSP X 120 ML	SEGÚN NECESIDAD
584	ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG/5ML AMP	SEGÚN NECESIDAD
585	ADRENALINA 1 MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
586	AMFOTERICINA LIPOSOMAL AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
587	AMINOACIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS10% X 1000ML	SEGÚN NECESIDAD
588	AMINOFILINA 240 MG AMPOLLA X 10 ML	SEGÚN NECESIDAD
589	AMOXACILINA+ACIDO CLAVULANICO 875/125MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
590	AMOXICILINA +ACIDO CLAVULANICO 400/57 MG SUSPENSION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
591	AMOXICILINA +ACIDO CLAVULANICO 600 /42,9MG SUSPENSION ORAL	SEGÚN NECESIDAD
592	AMOXICILINA 250 MG SUSP X 100 ML	SEGÚN NECESIDAD
593	ANASEPT GEL DE 3OZ 86G TUBO CON TAPA DISPENSADORA 5003G	SEGÚN NECESIDAD
594	ANASEPT SOLUCION SPRAY 8OZ (237 ML)	SEGÚN NECESIDAD
595	APIXABAN 2.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD

  	FORMATO NECESIDAD ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	GJ-FR-001
		VERSIÓN	001
		FECHA	19/09/2022
	Proceso: Gestión Jurídica	HOJA	Página 21 de 30

596	ATORVASTATINA 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
597	ATROVENT 0.025% SOLUC.INHALADORA FCOX20ML	SEGÚN NECESIDAD
598	AZUL DE METILENO 10 MG/ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
599	BACLOFENO 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
600	BETA METIL DIGOXINA 0.6 MG 10ML GOTA	SEGÚN NECESIDAD
601	BETAMETASONA (INFLACOR RETARD) 3+3 MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
602	BETAMETASONA 0.1 % CREMA TUBO 20 GR	SEGÚN NECESIDAD
603	BISOPROLOL 2.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
604	BISOPROLOL 5MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
605	BRIMONIDINA 2% SOL OFT X 5ML	SEGÚN NECESIDAD
606	BROMOCRIPTINA 2.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
607	BROMURO DE IPRATROPIO 25MG/100ML. SOLUCION PARA INHALAR X 20ML	SEGÚN NECESIDAD
608	BROMURO DE VECURONIO 10MG POLVO LIOF. AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
609	BUDESONIDA 100MCG INHALADOR	SEGÚN NECESIDAD
610	BUDESONIDA 50MCG INHALADOR 200 DOSIS	SEGÚN NECESIDAD
611	BUPIROP PESADO 0.5% AMP.x4ML(BUPIVAC+DEXTROSA	SEGÚN NECESIDAD
612	BUPIVACAINA (BUPIROP 0.5%) S/E X 20 ML AMPOLLA FRASCO	SEGÚN NECESIDAD
613	BUPIVACAINA + EPINEFRINA (BUPIROP) 0.5% C/E X 20 ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
614	BUPRENORFINA DCI TRANSTEC PARCHE 35 20MG	SEGÚN NECESIDAD
615	BUPROPION 150 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
616	CANDESARTAN 16 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
617	CANDESARTAN 32 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
618	CANDESARTAN 8 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
619	CARBON ACTIVADO LIQUIDO 250MLX50GRS TOXI	SEGÚN NECESIDAD
620	CASPOFUNGINA 70 MG CAXOFU POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION	SEGÚN NECESIDAD
621	CEFTAZIDIMA 1 GR AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
622	CEFTOLOZANO +TAZOBACTAM 2/05 G AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
623	CETIRIZINA 10MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
624	CIPROFIBRATO 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
625	CIPROFLOXACINA 0.3% + DEXAMETASONA 0.1% (SOPHIXIN DX OFTEN) FCO X 5 ML SOL OFT	SEGÚN NECESIDAD

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO	GJ-FR-001
VERSIÓN	001
FECHA	19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica

HOJA

Página 22 de 30

626	CIPROFLOXACINA 100 MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
627	CIPROFLOXACINO +DEXAMETASONA GOTAS OFTALMICAS	SEGÚN NECESIDAD
628	CIPROFLOXACINO 0.3% 5 ML SOLUCION OFTALMICA	SEGÚN NECESIDAD
629	CLEMASTINA AMPOLLAS	SEGÚN NECESIDAD
630	CLOROQUINA 250 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
631	CLORTALIDONA 12.5MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
632	CLORTALIDONA 25MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
633	CLORURO DE SODIO 0.9 % BOTELLA X 100ML SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
634	CLORURO DE SODIO X 25 ML	SEGÚN NECESIDAD
635	DAPTOMICINA 350MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
636	DEFLAZACORT 30 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
637	DEFLAZACORT 6 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
638	DEGLUDEC 100/ML PRE-LLENADA SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
639	DEPO MEDROL 40 MG VIAL 1ML ACETATO METILPREDNISOLONA	SEGÚN NECESIDAD
640	DESLOXATADINA 0.05% JARABE X 60 ML	SEGÚN NECESIDAD
641	DESLOXATADINA 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
642	DEXMEDETOMIDINA 400 MG/100ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
643	DIAZOXIDO SUSPENSION	SEGÚN NECESIDAD
644	DICLOFENACO 0.1% SOL OFT X 5ML	SEGÚN NECESIDAD
645	DIFENHIDRAMINA HCI 10 MG AMPOLLA (1ML)	SEGÚN NECESIDAD
646	DISPOSITIVO TCU (T DE COOPER) INTRAUTERI	SEGÚN NECESIDAD
647	DIVALPROATO DE SODIO 500 MG	SEGÚN NECESIDAD
648	DOMPERIDONA 5 MG / 5 ML 4 FRASCO	SEGÚN NECESIDAD
649	DOMPERIDONA SUSPENSION HARMETONE 1MG/ML 60ML	SEGÚN NECESIDAD
650	DOMPERIDORA 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
651	DORZOLAMIDA 20G + TIMOLOL 5MG X 5ML	SEGÚN NECESIDAD
652	DROSPERINONA 4 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
653	EFAVIRENZ 600 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
654	ENSURE ADVANCE POLVO X 400GR	SEGÚN NECESIDAD
655	ENSURE CLINICAL LIQUIDO FRASCO X 220ML	SEGÚN NECESIDAD

656	FACTOR 8 RECOMBINATE ADVATE 500 U.I. POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
657	FACTOR 9 RECOMBINATE BENEFIX 1000 UI	SEGÚN NECESIDAD
658	FLUCONAZOL 50 MG SUSPENSIONX20ML	SEGÚN NECESIDAD
659	FLUDROCORTISONA 0.1MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
660	FÓRMULA INFANTIL CON ÁCIDO ARAQUIDÓNICO, ÁCIDO DOCOSAHEXAENOICO NUCLEÓTIDOS ANTIREFLUJO 0 A 12 MESES.	SEGÚN NECESIDAD
661	FÓRMULA INFANTIL CON HIERRO, SIN LACTOSA, CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS DE CADENA LARGA PARA LACTANTES DE 0-12 MESES	SEGÚN NECESIDAD
662	FOTORRETIN (TROPICAMIDA 0.5% FENILEFRINA CLORHIDRATO 5%)	SEGÚN NECESIDAD
663	GABAPENTIN 400 MG CAP	SEGÚN NECESIDAD
664	GABAPENTINA 300 MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
665	GANCICLOVIR 500 MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
666	GANCICLOVIR UNGÜENTO OFTALMICAS	SEGÚN NECESIDAD
667	GLICERINA CARBONATADA 0.3GR/0.06GR/0.009GR GOTAS SOLUCION OPTICA AURICULAR 30ML	SEGÚN NECESIDAD
668	GLICERINA GALON X 4 LITROS	SEGÚN NECESIDAD
669	GLIMEPIRIDA 2 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
670	GLUTAMINA 10.3G SOBRE GLUTAMENT	SEGÚN NECESIDAD
671	HALURONATO DE SODIO 0,4% SOLUCION OFTALMICA	SEGÚN NECESIDAD
672	HIDRALAZINA AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
673	HIDROXIDO DE ALUMINIO+MAGNESIO+SIMETICONA SUSPENCION FCO 150ML	SEGÚN NECESIDAD
674	IMPENEN+CILASTATINA 500MG/500MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
675	INFATRINI 2-6 POLVO LATA X 400GR	SEGÚN NECESIDAD
676	IRBESARTAN 300 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
677	ISAVUCONAZOL 200MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
678	ISOPTO ATROPINA 1% 5 ML GOTAS OFTALMICAS	SEGÚN NECESIDAD
679	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA	SEGÚN NECESIDAD
680	ITRACONAZOL AMPOLLAS	SEGÚN NECESIDAD
681	LABETALOL HCL 5MG FRASCO VIAL X 20ML	SEGÚN NECESIDAD
682	LACOSAMIDA 10MG / 10 ML JARABE	SEGÚN NECESIDAD
683	LACOSAMIDA 100MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
684	LAGRIMAS NATURALES X 15 ML	SEGÚN NECESIDAD

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS****CÓDIGO**
VERSIÓN
FECHA**GJ-FR-001**
001
19/09/2022**Proceso: Gestión Jurídica****HOJA****Página 24 de 30**

685	LATANOPROST GOTA 0.005% SOLUCION OFTALMICA	SEGÚN NECESIDAD
686	LEVONORGES +ETINILESTRADIOL 150/30MCG BLISTER X 21 TABLETAS	SEGÚN NECESIDAD
687	LEVONORGESTREL 0,03 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
688	LEVONORGESTREL 75 MG IMPLANTE SINOIMPLAN 4 AÑOS	SEGÚN NECESIDAD
689	LEVOSIMENDAN (DAXIM) 2.5MG AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
690	LEVOTIROXINA 150 MCG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
691	LINAGLIPTINA 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
692	LIRAGLUTIDA 6 MG SLN INYECYABLE	SEGÚN NECESIDAD
693	LORATADINA 5MG/5ML JARABE FCO	SEGÚN NECESIDAD
694	LOSARTAN + HIDROCLOR 50/12.5MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
695	LOVASTATINA 20 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
696	METFORMINA 1000MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
697	METFORMINA+DAPAGLIFLOZINA 5MG/1000MG	SEGÚN NECESIDAD
698	METHERGIN 0.2 MG X 1 ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
699	METIL PREDNISOLONA 500 MG AMP [4ML]	SEGÚN NECESIDAD
700	MICOFENOLATO DE 250 MG CAPSULAS	SEGÚN NECESIDAD
701	MICOFENOLATO DE 500 MG CAPSULAS	SEGÚN NECESIDAD
702	MIDAZOLAM 7.5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
703	MIFEPRISTONA 200 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
704	MISOPROSTOL 50 MCG TABLETA ORAL	SEGÚN NECESIDAD
705	MONTELUKAST 4 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
706	MONTELUKAST 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
707	MUPIROCINA AL 2% UNGÜENTO	SEGÚN NECESIDAD
708	NAN 2 PRO X 400GR	SEGÚN NECESIDAD
709	NAN OPTIPRO 1 LIQUIDA 70 ML	SEGÚN NECESIDAD
710	NAN PRO 1 X 400 GR	SEGÚN NECESIDAD
711	NAN PRO 1 X 900 GR	SEGÚN NECESIDAD
712	NAN PRO 2 X 900 GR	SEGÚN NECESIDAD
713	NAN SIN LACTOSA POLVO X 400 GRAMOS	SEGÚN NECESIDAD
714	NATAMICINA (NATACYN) 5% FRASCO 15 ML SUSPENSION OFTALMICA	SEGÚN NECESIDAD

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO	GJ-FR-001
VERSIÓN	001
FECHA	19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica**HOJA****Página 25 de 30**




715	NEOCATE ADVANCE 12 + MESES 400G	SEGÚN NECESIDAD
716	NEOCATE LCP 0 -12 + MESES 400G	SEGÚN NECESIDAD
717	NUTRAMIGEN PREMIUM 357GR POLVO	SEGÚN NECESIDAD
718	NUTREN SENIOR CAFE CON LECHE 370G N1CO	SEGÚN NECESIDAD
719	NUTRIBEN 1 BAJO PESO SIN ACEITE DE PALMA POTE X 400GR	SEGÚN NECESIDAD
720	NUTRIBEN HIDROLIZADO 1 X 400 G	SEGÚN NECESIDAD
721	NUTRIBEN HIDROLIZADO 2 X 400 G	SEGÚN NECESIDAD
722	NUTRIBEN NATAL POTE X 400GR	SEGÚN NECESIDAD
723	NUTRIBEN R.N BAJO PESO POTE X 400GR	SEGÚN NECESIDAD
724	OLOPATADINA 0.2 % GOTAS 5 ML OFTALMOTRIALER	SEGÚN NECESIDAD
725	OXCARBAZEPINA 6% SUSPENSION FCO X 100 ML	SEGÚN NECESIDAD
726	OXICODONA 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
727	PANTOPRAZOL 40 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
728	PENICILAMINA 250 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
729	PIPOTIAZINA 25 MG/1ML AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
730	PIRIDOSTIGMINA 60 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
731	PIRIMETAMINA 25 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
732	PLUMPY NUT SOBRE 92G	SEGÚN NECESIDAD
733	POLIMICINA B AMPOLLA 500.000UI PARENTERA	SEGÚN NECESIDAD
734	POLIMIX+NEOM+DEXA WASSERTROL SUSP .OFTALM.FCO X 5ML	SEGÚN NECESIDAD
735	POLIMIXINA B SULFATO 6000IU, NEOMICINA 3.50000MG, DEXAMETASONA 1MG SOLUCION OFTALMICA 5ML	SEGÚN NECESIDAD
736	PREDNISOLONA +FENILEFRINA GOTAS OFTALM 5ML	SEGÚN NECESIDAD
737	PREDNISOLONA JARABE	SEGÚN NECESIDAD
738	PRENAN LECHE EN POLVO X 400 GR	SEGÚN NECESIDAD
739	PROGESTAGENO TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
740	PROTAMINA 5,000UI/5ML. AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
741	PROTAMINA SULFATO 50mg / 5ml SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
742	RALTEGRAVIR 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
743	RITONAVIR SUSPENSION	SEGÚN NECESIDAD
744	ROSUVASTATINA 10 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD

745	ROSUVASTATINA 20 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
746	ROSUVASTATINA 40 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
747	SILDENAFIL 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
748	SILDENAFILO 10 MG (HB ALEOS) SOLUCION INYECTABLE	SEGÚN NECESIDAD
749	SIMILAC NEOSURE X 370 G	SEGÚN NECESIDAD
750	SITAGLIPTINA 100 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
751	SITAGLIPTINA 50 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
752	SITAGLIPTINA/METFORMINA 50/1000 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
753	SITAGLIPTINA/METFORMINA 50/850 MG (JANUMET) TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
754	SOLUCIÓN OFTÁLMICA DE POMADA DE ERITROMICINA AL 0,5% FRASCO, O EN SU DEFECTO	SEGÚN NECESIDAD
755	SOLUCIÓN OFTÁLMICA DE POMADA DE TETRACICLINA AL 1% FRASCO.	SEGÚN NECESIDAD
756	SULFADIAZINA 500MG TABLETAS LIMISULF	SEGÚN NECESIDAD
757	SULFATO DE MAGNESIO 10% AMPOLLA UNDX10ML	SEGÚN NECESIDAD
758	SULFATO FERROSO 4GR/100ML JARABE FRASCO X 120 ML	SEGÚN NECESIDAD
759	SUPLEMENTO NUTRICIONAL EN POLVO DISEÑADO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES. BASE DE LECHE, BAJO EN GRASAS VITAMINAS X 400 GRAMOS	SEGÚN NECESIDAD
760	SUSTITUTO PLASMA 4% X 500 ML ISO	SEGÚN NECESIDAD
761	TADALAFILO 5 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
762	TELMISARTAN 40 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
763	TELMISARTAN 80 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
764	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300/EMTRICITABINA 200MG TABLETA REGULADO	SEGÚN NECESIDAD
765	TERBINAFINA 250 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
766	TERBUROP 0.5 MG/ML AMPOLLA [1ML]	SEGÚN NECESIDAD
767	TIOSULFATO DE SODIO 125 G AMPOLLA	SEGÚN NECESIDAD
768	TOBRAMICINA +DEXAMETASONA GOTAS OFTALMICAS	SEGÚN NECESIDAD
769	TRIMEBUTINA + SIMETICONA 200/120 MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD
770	TROPICAMIDA + FENILEFRINA 5 MG / 50 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML	SEGÚN NECESIDAD
771	TROPICAMIDA 1% 10MG GOTAS	SEGÚN NECESIDAD
772	UREA +ACIDO LACTICO LOCION	SEGÚN NECESIDAD
773	UREA LOCION	SEGÚN NECESIDAD
774	URSACOL 300MG TABLETA	SEGÚN NECESIDAD

**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS****CÓDIGO**
VERSIÓN
FECHA**GJ-FR-001**
001
19/09/2022**Proceso: Gestión Jurídica****HOJA****Página 27 de 30**

	775	VANCOMICINA SOLUCION OFTALMICA	SEGUN NECESIDAD
	776	VASELINA PURA 450G	SEGUN NECESIDAD
	777	VASOPRESINA CLOROBUTANOL 20 UI/ML AMPOLLA	SEGUN NECESIDAD
	778	VECURONIO BROMURO 10 MG /2.5 ML POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE	SEGUN NECESIDAD
	779	VILDAGLIPTINA 50 MG TABLETA	SEGUN NECESIDAD
	780	VITAL 1.5 KCAL FCO X 220 ML	SEGUN NECESIDAD
	781	VITAMINA B12 1MG FRASCO 10 ML SOLUCION INYECTABLE	SEGUN NECESIDAD
	782	VITAMINA B12 AMP CIANOCOBALAMINA 0.1MG SOL INY 1ML	SEGUN NECESIDAD
	783	VITAMINA C AMPOLLA 500 MG	SEGUN NECESIDAD
	784	VITAMINA K1 1 MG AMP X 1ML	SEGUN NECESIDAD
	785	VITAMINAS DEL COMPLEJO B (RIBOFLAVINA, NIACINAMIDA, PIRIDOXINA, ÁCIDO FÓLICO), VITAMINA C, ZINC, HIERRO Y CALCIO GOTAS	SEGUN NECESIDAD
	786	XARELTO 20MG TABLETA	SEGUN NECESIDAD
	787	YODOPOVIDONA (BACTRODERM) 10% SOLUCION FRASCOX120ML	SEGUN NECESIDAD
	788	YODOPOVIDONA 5% SOL OFTALMICA FCO15ML	SEGUN NECESIDAD
	789	YODOPOVIDONA ESPUMA FCO X 120 ML SOLUCION TOPICA	SEGUN NECESIDAD
	790	ZIDOVUDINA 300MGLAMIVUDINA 150MG TABLETA	SEGUN NECESIDAD

CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS UNSPSC				
	SEGMENTO	SEGMENTO	FAMILIA	DESCRIPCION
	42000000	42140000	42142500	Agujas de inyección y aspiración y accesorios
			42143100	Equipo y suministro obstétrica
		42220000	42221500	Accesorios y catéteres
		42270000	42271700	Sistemas y dispositivos de terapia de entrega de oxígeno
			42271800	Productos de terapia aerosol y humedad respiratorio
			42271900	Productos para la gestión de la vía aérea
			42272000	Suministro de intubación
		42310000	42311700	Cintas adhesivas medicas y quirúrgicas productos relacionados para el uso en especializadas
			42312200	Sutura y productos relacionados
			42312300	Productos para limpiar la herida
	51000000	5110000	51101500	antibióticos
			51102300	Medicamentos antivirales
			51102700	antisépticos
		5111000	51111700	Antibióticos antineoplásicos
		5112000	51121900	Medicamentos usados para insuficiencia cardiaca congestiva
			51122100	vasodilatadores
		5113000	51131600	anticoagulantes
			51131700	Trombolíticos/inhibidores de agregación de plaquetas
		5114000	51141900	Tranquilizantes y fármacos ansiolíticos y anti maníacos
			51142000	Analgésicos narcóticos
		5115000	51151900	Relajantes musculo esqueléticos de acción entrada

  	FORMATO NECESIDAD ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO	GJ-FR-001
			VERSIÓN	001
			FECHA	19/09/2022
Proceso: Gestión Jurídica			HOJA	Página 28 de 30

		5118000	51182200	Medicamentos para la inducción del parto	
		5119000	51191500	Diuréticos	
			51191600	Electrolitos	
		5120000	51201800	Agentes inmunoestimulantes	
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025, contados a partir del acta de inicio.				
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES GENERALES: <ol style="list-style-type: none"> Cumplir con el objeto contractual dentro de las especificaciones técnicas y condiciones pactadas. Cumplir con las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral y afiliación a riesgos laborales, en cumplimiento oportuno y estricto, conforme a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y entramamiento en la prestación del servicio de acuerdo con las normas que rigen su actividad. Desarrollar el contrato con idoneidad, conforme a los principios éticos de pulcritud y oportunidad, la ley y las buenas costumbres que exige el Estado, en este caso la Empresa Social del Estado. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de La E.S.E., a través del supervisor. Suministrar los elementos ofertados dentro de los términos establecidos. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de hacer u omitir algún hecho. El contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que se desarrollen en virtud del contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la Administración o a terceros. Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas y económicas presentadas en la oferta. Colaborar con la entidad contratante en lo que sea necesario para que el objeto del contrato se cumpla y sea de la mejor calidad. El contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que se desarrollen en virtud del contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la Administración o a terceros. Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas y económicas para presentar en la oferta. Colaborar con la entidad contratante en lo que sea necesario para que el objeto del contrato se cumpla y sea de la mejor calidad. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: <ol style="list-style-type: none"> Cumplir con el objeto del contrato, garantizando la disponibilidad durante todo el tiempo de ejecución del objeto del contrato de los suministros requeridos para los diferentes servicios de la institución. Mantener durante la vigencia del contrato, el permiso para manejar productos de control especial expedido por la secretaria de salud departamental, distrital o municipal. Brindar acompañamiento técnico al Hospital para presentar los informes al SISMED enviando listado de códigos cum y regulados actualizados Entregar los medicamentos en un plazo máximo de 24 horas a partir del pedido del Hospital. Cumplir con la regulación de precios de medicamentos en el mercado farmacéutico colombiano. En caso de presentarse desabastecimiento de uno o más medicamentos solicitados, el proveedor deberá soportar tal situación con cartas de desabastecimiento del productor, importador o quien haga sus veces. Dado el caso de desabastecimiento, el contratante quedará en libertad de realizar los trámites contractuales para adquirir el suministro de los productos involucrados a otro proveedor. 				



**FORMATO NECESIDAD
ADQUISICIÓN DE BIENES
Y SERVICIOS**

CÓDIGO
VERSIÓN
FECHA

GJ-FR-001
001
19/09/2022

Proceso: Gestión Jurídica


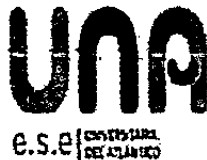

HOJA

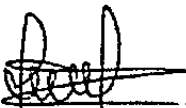



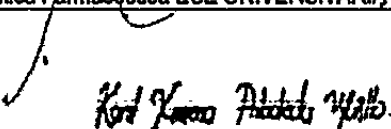

Página 29 de 30

7. Los medicamentos a suministrar deben cumplir con las siguientes especificaciones técnicas: Número de Lote: Los medicamentos deben tener el N° de lote. B. Registro Invima: Los medicamentos deben contar con su Registro INVIMA correspondiente. Fecha de Vencimiento: Los medicamentos deben tener la fecha de vencimiento: (día, mes y año), y no podrá ser inferior a (1) año contado a partir de la fecha en que sean entregados al Hospital. Cuando el medicamento se produce con una vida útil inferior o igual a un (1) año, la fecha de vencimiento de este medicamento o dispositivo médico, al momento de la entrega, no podrá ser inferior al 75% de su vida útil. Registro Sanitario: Los medicamentos deben tener vigentes el Registro Sanitario y Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura durante el plazo de ejecución del contrato a celebrar. Empaque Comercial: Los medicamentos deben ser entregados en su respectivo empaque comercial. Permiso de Funcionamiento: Los proponentes deben contar con el permiso de funcionamiento y buenas prácticas de almacenamiento expedido por la entidad competente. Marcación de Medicamentos. El tiempo requerido para la marcación debe ser tenido en cuenta para la programación de despachos. Devoluciones: - Por expiración: Cuando el medicamento o dispositivo médico que se ha suministrado no se alcance a consumir antes de la fecha de vencimiento, el contratista se obliga a recibirlo en calidad de devolución, o cuando el producto se encuentre a 3 meses de su vencimiento. - Por medidas sanitarias: Igualmente, el contratista, se compromete a recibir y reponer el medicamento o dispositivo médico que sea objeto de medidas sanitarias de seguridad tomadas por la E.S.E. o por las entidades de salud correspondientes, dentro de los 15 días siguientes a la notificación de NO CONFORMIDAD por esta causa. El proponente se obliga a recoger el medicamento objeto de esta medida de devolución por su cuenta y sin costo alguno para la E.S.E. en el punto donde fueron entregados. Recepción Técnica: Los proponentes deberán garantizar el cumplimiento de lo normado en los Decretos 2092 de 1986, 677 de 1995 y 4725 de 2007 y las demás normas que las adicionen o modifique sobre especificaciones técnicas establecidas para la conservación y seguridad acorde a la naturaleza química y/o biológica del medicamento. El medicamento entregado será objeto, además de la recepción administrativa, de la recepción técnica, mediante los procedimientos determinados por la E.S.E. cuando se considere pertinente, la E.S.E. podrá realizar visitas al proveedor a fin de apreciar y verificar los procedimientos de recepción, almacenamiento y distribución del medicamento. Código CUM. En la factura, el contratista deberá indicar el código CUM de cada producto
8. Cumplir con la regulación proferida por la COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.
9. Verificar que los medicamentos que en virtud de este contrato se suministren, contengan en su presentación, el número de registro INVIMA correspondiente.
10. Constituir la garantía única exigida en el contrato para amparar las obligaciones surgidas del presente contrato.
11. Mantener vigente el permiso de funcionamiento y buenas prácticas de almacenamiento expedido por la entidad competente.
12. Responder por el pago de los tributos que se causen o llegaren a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del contrato.
13. Cambiar los medicamentos que estén próximos a vencerse, por igual medicamento.
14. Cambiar los medicamentos que evidencien algún tipo de mala calidad, el cual deberá realizarse dentro de los cinco días calendario siguiente a la fecha de solicitud.
15. En caso de no cumplir con las obligaciones señaladas a satisfacción del HOSPITAL, el CONTRATISTA se obliga a reemplazar sin costo alguno para el CONTRATANTE cualquiera de los medicamentos cuya falla sea imputable a la mala calidad de estos.
16. Cubrir los costos necesarios para asegurar la entrega de los productos en el lugar que requiera el hospital.

**DESIGNACION
DEL RUBRO
PRESUPUESTAL**

2.4.5.01.03-35291. ARTÍCULOS FARMACÉUTICOS PARA USO MEDICO O QUIRÚRGICO
245010302 MEDICAMENTOS
2.4.5.01.03.01 PRODUCTOS FARMACEUTICO

  	FORMATO NECESIDAD ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO GJ-FR-001
		VERSIÓN 001
		FECHA 19/09/2022
Proceso: Gestión Jurídica	HOJA	Página 6 de 6

ELABORÓ	REVISÓ
 TATIANA MARGARITA GÓMEZ TORRES Profesional Universitario Área de la Salud (farmacia) ESE HOSPITAL ROSARIO PUAMREJO DE LÓPEZ	 ALAIN FRANCHESCO JIMENEZ FADUL Subgerente científico ESE HOSPITAL ROSARIO PUAMREJO DE LÓPEZ
 LESFRY MORAIMIS SOLIS OSPINO Química Farmacéutica ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	 JORGE MORALES FUENTES Subgerente Científico ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO
 KAROL XIMENA ARBOLEDA Química Farmacéutica ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA	 CARLOS ANTONIO VALVERDE Subgerente científico ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA