**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: CONTRATO MARCO ON-CONMAR-003-2022 SERVICIO DE FARMACIA PARTICULAR – PRIMERA CONVOCATORIA**

A nombre de ***(Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Imitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para qué en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

\*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

b) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

d) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra propuesta por un periodo de ………***(indicar número de días que debe ser igual o superior a sesenta (60) días calendario)*** a partir de la fecha fijada para la apertura de propuestas.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

* Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre original y año de fundación de la empresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_(*colocar número de testimonio, lugar y fecha)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

* Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Asociados

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre del representante legal de la asociación accidental

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal***

**Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

| **FORMULARIO N° 3**  **PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad | | |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**  (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | | **Observaciones** (especificar por qué no cumple) |
| **SI** | **NO** |  |
| * + 1. **OBJETO DE LA CONTRATACIÓN** |  |  |  |  |
| La Caja de Salud de la Banca Privada – Agencia Regional Oruro, requiere el servicio de Farmacia Particular que proporcione a nuestros asegurados los medicamentos, materiales, insumos médicos y odontológicos. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| * + 1. **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN** |  |  |  |  |
| Con el o los proponentes elegidos se firmará un contrato de servicios por seis meses bajo la modalidad de “Contrato Marco”. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| * + 1. **QUIENES PUEDEN PRESENTARSE** |  |  |  |  |
| Se pretende la contratación de Farmacias y/o Cadenas de Farmacias que cuenten con medicamentos legalmente registrados en el Ministro de Salud, manejo y control de psicotrópicos y estupefacientes. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| * + 1. **ADJUDICACIÓN** |  |  |  |  |
| Se procederá con la adjudicación por ítem con el o los proponentes, que producto de la evaluación oferte el menor precio, mismo que será formalizado mediante un Contrato por un lapso de 6 meses, mismo que podrá ser ampliado por un tiempo similar siempre y cuando se mantengan las mismas condiciones técnicas y económicas. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| * + 1. **FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| La Caja de Salud de la Banca Privada pagará en forma mensual el importe de todos los medicamentos e insumos médicos requeridos de acuerdo a comunicación sobre la fecha de facturación, que será informada con la debida anticipación, para lo cual se debe respaldar presentando la siguiente documentación:   * Factura o Nota Fiscal de los medicamentos otorgados. * Recetas médicas despachadas con autorización de Regencia Farmacéutica CSBP. * Detalle de recetas despachadas tanto impreso y digital, de acuerdo a formato otorgado por la CSBP. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| * + 1. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| Los proponentes deberán cumplir con los siguientes requisitos solicitados estos serán calificados bajo el criterio de CUMPLE o NO CUMPLE. Los proponentes deben cumplir con el 100% de los requisitos solicitados, caso contrario su propuesta será inhabilitada. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| * + 1. **DOCUMENTACION LEGAL** |  |  |  |  |
| * 1. Autorización de funcionamiento otorgado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) Adjuntar fotocopia simple.   2. Contar con la documentación de los profesionales farmacéuticos que estarán a cargo de la dispensación de los medicamentos. Adjuntar fotocopia simple:      1. Título en Provisión Nacional      2. Matrícula Profesional      3. Carnet del colegiado      4. Hoja de Vida   3. El proponente deberá contar con la siguiente documentación adicional:      1. Contar con los respectivos registros sanitarios de cada medicamento propuesto (el proponente debe manifestar mediante nota que cuenta con la respectiva documentación).      2. Libro de Control de estupefacientes y psicotrópicos donde se registra la dispensación de medicamentos controlados, como establece la norma administrativa de Psicotrópicos y Estupefacientes.      3. Lista de Medicamentos Esenciales 2022-2024, Textos de Farmacología, Vademécum y otros que sean necesarios para proveer la información objetiva y segura al paciente.      4. Hojas de control de temperatura de los refrigeradores.      5. Cumplimiento del acondicionamiento de almacenes según normativa vigente. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| 1. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICO** |  |  |  |  |
| * 1. El proponente deberá proveer de manera oportuna los medicamentos o insumos médicos solicitados por personal médico de la CSBP, en recetas impresas del Sistema Médico de la CSBP, Recetas manuales preimpresas de la CSBP o mediante nota específica de Jefatura Médica.   2. Bajo ninguna circunstancia el proveedor podrá entregar medicamentos, Insumos médicos u odontológicos no solicitados por el o los profesionales médicos emitidos en la receta médica, así como también cambiar, suplantar, medicamentos con otros no emitidos en la receta o solicitud emitida por la CSBP.   3. El horario referencial requerido por la CSBP para la atención a nuestros asegurados es el siguiente:      1. Atención regular de (lunes a viernes) de 9:00 am a 20:00 pm. (no excluyente).      2. En casos de emergencia en feriados y fines de semana el proponente deberá otorgar los productos requeridos las 24 horas de día sin costo adicional (ha llamado).      3. El proponente deberá incluir el transporte de los productos en caso de las emergencias ha llamado sin costo adicional.   4. El proponente se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común.   5. Bioseguridad La farmacia contratada debe funcionar considerando las normas establecidas de BIO SEGURIDAD para establecimientos del rubro.   6. La infraestructura y el espacio físico deben responder a: Norma de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Norma de Buenas Prácticas de Dispensación tomándose en cuenta los siguientes aspectos:      1. Condiciones ambientales, adecuada circulación de aire y evitar contaminación cruzada.      2. Localización y asignación de espacios para funciones determinadas.      3. Accesibilidad y flujo de personal e insumos.   7. Equipos e instrumentos básicos, La farmacia particular debe contar con por lo menos el siguiente equipamiento:      1. Cadena de frio para medicamentos termo sensibles.      2. Termómetro para refrigerador      3. Termómetro e higrómetro ambiental      4. Tarimas para contener soluciones de gran volumen (si corresponde)   8. Condiciones de Seguridad, (Extintores, detectores de humo e implementos exigidos en las normas de seguridad industrial).   9. En aplicación a Política Nacional del Medicamento, la farmacia proponente debe contar con los productos de la Lista de Medicamentos Esenciales (LINAME 2022-2024), para todas las especialidades y en cantidad suficiente.   10. Los medicamentos e insumos médicos entregados a la C.S.B.P. deben ser adquiridos de empresas farmacéuticas legalmente establecidas, la existencia de estas listas será verificada por la CSBP, cualquier momento mientras dure el contrato.   11. El Proponente, por cuenta propia deberá proveer para la prestación del servicio, todos los envases y acondicionamientos necesarios para brindar una adecuada dispensación y atención de calidad a nuestros asegurados. | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |
| 1. **MULTAS Y SANCIONES** |  |  |  |  |
| En caso de incumplimiento por parte del proponente por alguna de las siguientes causales la CSBP, podrá penalizar al proponente con el descuento sobre el monto a cancelar en el mes que aconteciera la falta de forma escalonada del 1% primera vez, 3% segunda vez, 7% tercera vez y 10% una cuarta vez en caso de existir una 5ta vez, la CSBP podrá resolver unilateralmente la relación contractual.   * 1. **Causales de Penalización**      1. Evidenciar que el establecimiento farmacéutico se encuentre cerrado los días y en los horarios de atención ofertados sin la coordinación previa y sin plena justificación.      2. Evidenciar mal trato a los asegurados por parte del personal del proponente del servicio.      3. Dispensar otra medicación distinta a la establecida en la receta médica o solicitud de la CSBP.      4. Dispensar un producto posterior a las 48 horas de emitida la receta sin previa autorización o revalidación.      5. Entregar el medicamento solicitado con una demora mayor a 60 minutos de realizada la solicitud (solo en casos de emergencia). | *Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido* |  |  |  |

**(Firma del representante legal del proponente)**

**(Nombre completo del representante legal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NRO.** | **ITEMS DE MEDICAMENTOS** | **UNIDAD DE MANEJO** | **PRECIO UNITARIO Bs** |
| **NOMBRE GENÉRICO O.D.C.I.** |
| 1 | ALUMINIO MG/ HIDROXIDO 1:1SUSP | FRASCO |  |
| 2 | OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 3 | RANITIDINA 150 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 4 | RANITIDINA 50 MG/5ML INY | AMPOLLA |  |
| 5 | OMEPRAZOL 40 MG. INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 6 | MISOPROSTOL 200 MCG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 7 | ATROPINA 1 MG INY | AMPOLLA |  |
| 8 | BUTILBROMURO HIOSCINA 10MG COM | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 9 | BUTILBROMURO DE HIOSCINA 20MG/ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 10 | DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 11 | METOCLOPRAMIDA 10 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 12 | METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 13 | METOCLOPRAMIDA 3MG/ML GOTAS | FRASCO |  |
| 14 | PROPINOXATO 10-5MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 15 | PROPINOXATO 10-5MG INY | AMPOLLA |  |
| 16 | SIMETICONA 4% GOTAS | FRASCO |  |
| 17 | SIMETICONA 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 18 | ACIDO URSODESOXICOLICO 250 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 19 | ENZIMAS PANCREATICAS COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 20 | ONDANSETRON 8MG INY | AMPOLLA |  |
| 21 | ACEITE MINERAL 40% EMULSION | FRASCO |  |
| 22 | BISACODILO 5 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 23 | FIBRA NATURAL(PLANTAGO)SOBRE | SOBRE |  |
| 24 | GLICERINA 1.5G SUPO ADULTOS | SUPOSITORIO |  |
| 25 | LACTULOSA 65% JARABE | FRASCO |  |
| 26 | SULFATO MAGNESIO 10% GRANULADO | SOBRE |  |
| 27 | LOPERAMIDA 2 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 28 | NISTATINA 500.000 UI/5 ML SUSP | FRASCO |  |
| 29 | SALES DE REHIDRATACION ORAL | SOBRE |  |
| 30 | RIFAXIMINA 200 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 31 | GLIBENCLAMIDA 5 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 32 | INSULINA ISOFANE HM 100 UI | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 33 | INSULINA CRISTALINA HM 100 UI | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 34 | METFORMINA 850 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 35 | INSULINA NPH 100 UI PENFIL | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 36 | INSULINA HUMANA CRISTALES ISOF | FRASCO |  |
| 37 | SITAGLIPTINA 50 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 38 | VITAMINA C 200 MG/ML GOTAS | FRASCO |  |
| 39 | COMPLEJO B COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 40 | COMPLEJO B INY | AMPOLLA |  |
| 41 | MULTIVITAMINAS COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 42 | MULTIVITAMINAS JARABE | FRASCO |  |
| 43 | VITAMINA A 10.000 UI COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 44 | VITAMINA E 10.000 UI CAPSULAS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 45 | VITAMINA C 1.000 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 46 | VITAMINA C 500 MG/ML (1 ML) INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 47 | CALCIO ELEMENTAL 500MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 48 | CALCIO/VIT D3 COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 49 | ZINC 20 MG SOLUCION ORAL | FRASCO |  |
| 50 | ZINC 20 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 51 | AC. ACETILSALICILI 100 MGCOMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 52 | HEPARINA SODICA 5.000UI/ML INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 53 | WARFARINA 5 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 54 | CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMID | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 55 | HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40 MG | AMPOLLA |  |
| 56 | RIVAROXABAN 10 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 57 | HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 60 MG | AMPOLLA |  |
| 58 | VITAMINA K 10 MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 59 | ACIDO TRANEXAMICO 500 MG | AMPOLLA |  |
| 60 | AC. FOLICO 5 MG COMP. | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 61 | ERITROPOYETINA 10.000UI INYECT | AMPOLLA |  |
| 62 | HIERRO POLIMALTOSO | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 63 | SULF. FERROSO 200 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 64 | SULF. FERROSO 125MG/ML GOTAS | FRASCO |  |
| 65 | SULF.FERROS+AC.FOLICO200/0.5MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 66 | SULF. FERROSO+AC.FOLICO GOTAS | FRASCO |  |
| 67 | AGUA DESTILADA 5 ML INY | AMPOLLA |  |
| 68 | ALBUMINA HUMANA20-25%/50MLINY | FRASCO |  |
| 69 | AMINOACIDOS 10%/500ML | INFUSOR |  |
| 70 | CLORURO POTASIO 20%/10 ML INY | AMPOLLA |  |
| 71 | CLORURO SODIO 20%X 10 ML INY | AMPOLLA |  |
| 72 | CALCIO GLUCONATO 10%/10 ML INY | AMPOLLA |  |
| 73 | OLIGOELEMENTOS INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 74 | GLUCOSA 5%/500 ML INFUSOR | INFUSOR |  |
| 75 | SOLUCION DE GLUCOSA 5%/1.000 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 76 | SOLUCION DE GLUCOSA 10%/500 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 77 | GLUCOSA 50%/500 ML INFUSOR | FRASCO |  |
| 78 | GLUCOSA 50%/20ML INY | AMPOLLA |  |
| 79 | MANITOL 20%/500 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 80 | SOLUCION FISIOLOGICA 0.9%/500ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 81 | SOLUCION FISIOLOGICA 0.9%/1000ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 82 | SOLUCION DE RINGER LACTATO 500 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 83 | SOLUCION DE RINGER LACTATO 1000 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 84 | RINGER NORMAL 500 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 85 | RINGER NORMAL 1.000 ML INYECTABLE | INFUSOR |  |
| 86 | SULFATO MAGNESIO 10%/20ML INY | AMPOLLA |  |
| 87 | AMIODARONA 200 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 88 | AMIODARONA HCL 50 MG/ML INYECT | AMPOLLA |  |
| 89 | EPINEFRINA 1 MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 90 | ETILEFRINA 10MG/ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 91 | NORADRENALINA 1 MG/ML INYECTAB | AMPOLLA |  |
| 92 | METILDOPA 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 93 | ACETAZOLAMIDA 250 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 94 | ESPIRONOLACTONA 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 95 | FUROSEMIDA 40 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 96 | FUROSEMIDA 10 MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 97 | HIDROCLORTIAZIDA 50 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 98 | HIDROCLOR/AMILORI 50/5MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 99 | CORTICOIDE/ANESTESICO SUP | SUPOSITORIO |  |
| 100 | CORTICOIDE/ANESTESICO POMAD | TUBO |  |
| 101 | ATENOLOL 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 102 | PROPANOLOL 40 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 103 | NIMODIPINA 30 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 104 | AMLODIPINO 10 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 105 | NIFEDIPINO 10 MG COMPRIMIDO O CAPSULA | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 106 | ENALAPRIL 10 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 107 | LOSARTAN 50 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 108 | CARVEDILOL 12.5 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 109 | CARVEDILOL 6.25 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 110 | ATORVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 111 | GEMFIBROZILO 600 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 112 | ATORVASTATINA 20 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 113 | ROSUVASTATINA 20 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 114 | FENOFIBRATO 200 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 115 | AC. SALICILICO 5% LOCION TOP. | FRASCO |  |
| 116 | BACITRACI/NEOMICIN 500U/5MGPMD | TUBO |  |
| 117 | CLOTRIMAZOL 1% POM.DERMICA | TUBO |  |
| 118 | NISTATINA 100.000 UI CREMA DER | TUBO |  |
| 119 | TOLNAFTATO 1% LOCION | FRASCO |  |
| 120 | OXIDO DE ZINC PASTA | TUBO |  |
| 121 | POMADA ANALGESICA ANTIRREUMATI | TUBO |  |
| 122 | LIDOCAINA 2% GEL | TUBO |  |
| 123 | LIDOCAINA 4% SPRAY | FRASCO |  |
| 124 | PODOFILINA 25% SOLUCION TOPICA | FRASCO |  |
| 125 | SULFADIAZINA ARGENTICA 1%X60G | TUBO |  |
| 126 | ACICLOVIR 5% CREMA DERMICA | TUBO |  |
| 127 | BETAMETASONA VALER 0.1% POMADA | TUBO |  |
| 128 | CLOBETASOL DIPROPIO 0.05%POMD | TUBO |  |
| 129 | CLOBETASOL SOLUCION 0.05% FCO | FRASCO |  |
| 130 | HIDROCORTISONA 1% POMADA | TUBO |  |
| 131 | PEROXIDO DE BENZOILO 5% CREMA | TUBO |  |
| 132 | HIDROQUINONA 4% O 5% CREMA/POM | TUBO |  |
| 133 | CLOTRIMAZOL 100 MG OVULOS | OVULO |  |
| 134 | CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL | TUBO |  |
| 135 | METRONIDAZOL 500 MG OVULOS | OVULO |  |
| 136 | MALEATO ERGOMETRINA 0.2MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 137 | CABERGOLINA 0.5 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 138 | OXITOCINA 10 UI/ML INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 139 | CIPROTERONA ACETATO/ESTRADIOL VALERATO 2/0.035MG | CAJA |  |
| 140 | ESTROGENOS CONJUG 0.625 CREMA | TUBO |  |
| 141 | ETINILESTRA/LEVONORGESTRELCOMP | CAJA |  |
| 142 | MEDROXIPROGESTERONA 150 MG INY | AMPOLLA |  |
| 143 | TESTOSTERONA UNDECANOATO 1000 MG INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 144 | TAMSULOSINA 0.4 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 145 | FINASTERIDE 5MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 146 | SOMATOTROPINA 36 UI INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 147 | BETAMETASONA 4 MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 148 | DEXAMETASONA 4 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 149 | DEXAMETASONA 0.5 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 150 | DEXAMETASONA 4 MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 151 | HIDROCORTISONA SUC 100MG INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 152 | HIDROCORTISONA SUC 250 MG INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 153 | METIL PREDNISOLONA 500 MG INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 154 | PREDNISONA 5 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 155 | PREDNISONA 20 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 156 | DEXAMETASONA 4 MG/ML AMPOLLAS DE 2 ML | AMPOLLA |  |
| 157 | LEVOTIROXINA 100 MCG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 158 | PROPILTIOURACILO 50 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 159 | METIMAZOL 20 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 160 | AC. NALIDIXICO 250MG/5ML SUS | FRASCO |  |
| 161 | AMIKACINA 500 MG INYEC | AMPOLLA |  |
| 162 | AMOXICILINA 1 G COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 163 | AMOXICILINA 500 MG COMP. | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 164 | AMOXICILINA 1 G INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 165 | AMOXICILINA+IBL 500/125MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 166 | AMOXICILINA+IBL 250/62.5ML/5ML | FRASCO |  |
| 167 | AMOXICILINA+IBL 1G/500MG INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 168 | AMPICILINA 1G INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 169 | AZITROMICINA 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 170 | PENICILINA BENZAT 1.2 MEGA INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 171 | PENICILINA BENZAT 2.4MEGA INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 172 | PENICILINA PROCAI 0.8 MEGA INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 173 | CEFAZOLINA 1 G INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 174 | CEFOTAXIMA 1 G INYEC | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 175 | CEFRADINA (CEFALEX) 500MGCOMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 176 | CEFTRIAXONA 1 G INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 177 | CIPROFLOXACINA 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 178 | CIPROFLOXACINA 200 MG INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 179 | CLARITROMICINA 500MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 180 | CLARITROMICINA 250 MG/5ML SUSP | FRASCO |  |
| 181 | COTRIMOXAZOL 800/160 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 182 | COTRIMOXAZOL 200/40 MG/5MLSUSP | FRASCO |  |
| 183 | COTRIMOXAZOL 400/80MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 184 | DICLOXACILINA 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 185 | DICLOXACILINA SODICA 250MG/5ML | FRASCO |  |
| 186 | DOXICICLINA 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 187 | ERITROMICINA 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 188 | ERITROMICINA 250MG/5ML SUSP | FRASCO |  |
| 189 | GENTAMICINA 80 MG INY | AMPOLLA |  |
| 190 | NITROFURANTOINA 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 191 | TETRACICLINA 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 192 | VANCOMICINA 500 MG INY | AMPOLLA |  |
| 193 | MEROPENEM 1 G INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 194 | LEVOFLOXACINA 500 MG INYECTABL | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 195 | CEFIXIMA 400 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 196 | AMOXICILINA 500 MG/5 ML SUSPENSION | FRASCO |  |
| 197 | CEFIXIMA 100 MG/5 ML SUSPENSION | FRASCO |  |
| 198 | AZITROMICINA 200 MG/5 ML | FRASCO |  |
| 199 | LEVOFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 200 | AMOXICILINA MAS IBL 875 MG/125 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 201 | COTRIMOXAZOL 400/80MG/5ML SUSPENSION | FRASCO |  |
| 202 | FLUCONAZOL 200 MG INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 203 | FLUCONAZOL 200 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 204 | FLUCONAZOL 150 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 205 | ACICLOVIR 400 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 206 | ACICLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION | FRASCO |  |
| 207 | REMDESIVIR 100 MG INYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 208 | INMUNOGLOBULINA ANTI D INY | AMPOLLA |  |
| 209 | METOTREXATO 50 MG INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 210 | METOTREXATO 2.5 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 211 | ANASTROZOL 1 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 212 | TAMOXIFENO 20 MG COMPIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 213 | DICLOFENACO GEL TOPICO | TUBO |  |
| 214 | DICLOFENACO 50 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 215 | DICLOFENACO 75 MG INY | AMPOLLA |  |
| 216 | IBUPROFENO 100MG/5ML JARABE | FRASCO |  |
| 217 | IBUPROFENO 400 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 218 | INDOMETACINA 25 MG CAPSULA | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 219 | INDOMETACINA 100MG SUPOSITORIO | SUPOSITORIO |  |
| 220 | KETOROLACO 30 MG/ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 221 | MELOXICAM 15 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 222 | KETOPROFENO 100 MG INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 223 | MELOXICAN 15 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 224 | BESILATO ATRACURIO50MG/5ML INY | AMPOLLA |  |
| 225 | ALLOPURINOL 300 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 226 | COLCHICINA 0.5 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 227 | ALENDRONATO 70 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 228 | BUPIVACAINA S/C 0.5 % INY | AMPOLLA |  |
| 229 | BUPIVACAINA PESADA 0.5 %/2ML | AMPOLLA |  |
| 230 | FENTANILO 0.05 MG/1ML INYECTABLE DE 10 ML | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 231 | FENTANILO 0.05MG/ML POR 2ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 232 | KETAMINA 50 MG/ML INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 233 | LIDOCAINA C/E 2% CARPULE | CARTUCH |  |
| 234 | LIDOCAINA S/C 2 % IYECTABLE | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 235 | PROPOFOL 200 MG INY | AMPOLLA |  |
| 236 | SEVOFLUORANO 250ML INHALANTE | FRASCO |  |
| 237 | REMIFENTANILO 5 MG INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 238 | ERGOTAMINA/CAFEINA1/100MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 239 | METAMIZOL 1 G INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 240 | PARACETAMOL 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 241 | PARACETAMOL 120MG/5ML JBE | FRASCO |  |
| 242 | PARACETAMOL 100 MG/ML GOTAS | FRASCO |  |
| 243 | PARACETAMOL 100 MG SUPOSITORIO | SUPOSITORIO |  |
| 244 | PARACETAMOL 1000 MG I.V. | AMPOLLA |  |
| 245 | PREGABALINA 75 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 246 | TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 247 | PREGABALINA 150 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 248 | TRAMADOL 100 MG/2ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 249 | AC.VALPROICO 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 250 | CARBAMAZEPINA 200 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 251 | CARBAMAZEPINA 100MG/5ML JAR | FRASCO |  |
| 252 | CLONAZEPAN 2 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 253 | FENITOINA 50 MG7ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 254 | FENITOINA 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 255 | FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 256 | FENOBARBITAL 20MG/ML GOTAS | FRASCO |  |
| 257 | LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 258 | BIPERIDENO 4 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 259 | LEVODOPA/CARBIDO 250/25 MGCOMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 260 | ALPRAZOLAM 0.50 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 261 | DIAZEPAN 10 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 262 | DIAZEPAN 10MG/2ML INY | AMPOLLA |  |
| 263 | HALOPERIDOL 2 MG/ML GOTAS | FRASCO |  |
| 264 | MIDAZOLAM 5MG/ML INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 265 | RISPERIDONA 3 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 266 | DEXMEDETOMIDINA 200 MCG/2 ML | AMPOLLA |  |
| 267 | AMITRIPTILINA 25 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 268 | FLUOXETINA 20 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 269 | METILFENIDATO 10 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 270 | DIMENHIDRINATO 50 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 271 | NEOSTIGMINA 0.5MG/ML INY | AMPOLLA |  |
| 272 | CLOROQUINA 250MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 273 | METRONIDAZOL 250 MG/5ML SUSP | FRASCO |  |
| 274 | METRONIDAZOL 500 MG/100ML INY | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 275 | METRONIDAZOL 500 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 276 | NITAZOXANIDA 500 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 277 | NITAZOXANIDA 100 MG/5ML | FRASCO |  |
| 278 | MEBENDAZOL 100 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 279 | MEBENDAZOL 100MG/5ML SUSP | FRASCO |  |
| 280 | IVERMECTINA 6 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 281 | BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 MCG/INHALACION ORAL | FRASCO |  |
| 282 | SALBUTAMOL 4 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 283 | SALBUTAMOL 100 MCG/INHALACION | FRASCO |  |
| 284 | TEOFILINA 300 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 285 | SALMETEROL+FLUTICASONA 25/250 MCG INHALADOR | FRASCO |  |
| 286 | SALMETEROL+FLUTICASONA 25 MCG/125 MCG AEROSOL | FRASCO |  |
| 287 | ANTIGRIPAL COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 288 | CODEINA FOSFATO 10MG/5ML JBE | FRASCO |  |
| 289 | DEXTROMETORFANO 10MG/5ML JBE | FRASCO |  |
| 290 | ANTIGRIPAL GOTAS | FRASCO |  |
| 291 | CLORFENIRAMINA 4 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 292 | CLORFENIRAMINA 2MG/5ML JARABE | FRASCO |  |
| 293 | CLORFENIRAMINA 10 MG/ML INYEC | AMPOLLA |  |
| 294 | KETOTIFENO 1 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 295 | MONTELUKAST 5 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 296 | CETIRIZINA 10 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 297 | MONTELUKAST 10 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 298 | CETIRIZINA 5 MG/5 ML JARABE | FRASCO |  |
| 299 | SILDENAFIL 50 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 300 | ACICLOVIR 1% POMADA OFTALMICA | TUBO |  |
| 301 | CIPROFLOXACINA 0.30% COLIRIO | FRASCO |  |
| 302 | CLORANFENICOL 0.5% COLIRIO | FRASCO |  |
| 303 | CLORANFENICOL 1% POMADA OFTAL | TUBO |  |
| 304 | CORTICOIDE+ANTINFECCIOSO COLIRIO | FRASCO |  |
| 305 | CORTICOIDE+ANTIINFECCIOSO UNGUENTO OFTALMICO | TUBO |  |
| 306 | DEXAMETASONA 0.1% COLIRIO | FRASCO |  |
| 307 | DORZOLAMIDA 2% SOL.OFTALMICA | FRASCO |  |
| 308 | GENTAMICINA 0.3% POMADA OFTAL | TUBO |  |
| 309 | GENTAMICINA 0.3 % COLIRIO | FRASCO |  |
| 310 | LAGRIMAS ARTIFICIALES 0.5% | FRASCO |  |
| 311 | NAFAZOLINA 0.1% COLIRIO | FRASCO |  |
| 312 | SOL. FISIOLOGICA 0.9% NASAL | FRASCO |  |
| 313 | TIMOLOL MALEATO 0.5 % COLIRIO | FRASCO |  |
| 314 | LATANOPROST 50 MG/ML SOL. OFTA | FRASCO |  |
| 315 | GLICERINA GOTAS OTICAS | FRASCO |  |
| 316 | ACETIL CISTEINA 10% INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 317 | PROTEINAS POLVO 400 G | FRASCO |  |
| 318 | COMPLEMENTO NUTRICIONAL (CARMELO) | BOLSA |  |
| 319 | PROTEINAS P/PACIENTES DIABETICOS | FRASCO |  |
| 320 | IOPAMIDOL 300MG/ML/50ML INY | FRASCO |  |
| 321 | ACETILCISTEINA 200 MG (GRANULADO) | SOBRE |  |
| 322 | AGUA DEST. C/LIDOCAINA 5ML | AMPOLLA |  |
| 323 | AMBROXOL 15 MG INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 324 | AMBROXOL 30 MG FRASCO | FRASCO |  |
| 325 | ATORVASTATINA + FENFIBRATO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 326 | CITICOLINA | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 327 | COENZIMA Q 10 | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 328 | DICLOFENACO+PRIDINOL | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 329 | DORZOLAMIDA 2%+TOMOLOL0.5%+TARTRATO DE BRIMONIDINA0.2% | FRASCO |  |
| 330 | DORZOLAMIDA+TIMOLOL 0.2%+0.5% SOL.OFTALMICA | FRASCO |  |
| 331 | FLORESTOL 250 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 332 | FLORESTOR 250 | SOBRE |  |
| 333 | GAAMELETE B6 GABA 100 MG JARABE | FRASCO |  |
| 334 | GABAPENTINA 400 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 335 | GLICERINA BIDESTILADA 30 ML | FRASCO |  |
| 336 | GLIMEPIRIDE 4 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 337 | GLUCOSA 33 % 20 ML AMP | AMPOLLA |  |
| 338 | HEPAMERZ AMPOLLA | AMPOLLA |  |
| 339 | HEPARINA SODICA 60.000 UNGUENTO (TROMBOFOB) | TUBO |  |
| 340 | HIERRO SACAROSA 300 MG | AMPOLLA |  |
| 341 | KETONAZOL TALCO | FRASCO |  |
| 342 | LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 343 | LEVOCETRIZINA 10MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 344 | LORATADINA 10 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 345 | LORATADINA 1M/ML SUSPENSION | FRASCO |  |
| 346 | MELATONINA 5M | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 347 | MELOXICAM 15 MG MAS PRIDINOL MESILATO 4MG (SUPRACAM FLEX) | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 348 | MELOXICAN 15 MG MAS PRIDINOL MESILATO 4 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 349 | METIMAZOL 20 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 350 | MONTELUCAST / LEVOCETIRIZINA | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 351 | NIMODIPINO 30 MG. /CITICOLINA 100 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 352 | OMEGA 3 | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 353 | PANTUSIL 100 ML | FRASCO |  |
| 354 | PARACETAMOL 500 MG + CLORZOXAZONA 250 MG (BREVEX) | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 355 | PAROXETINA 20 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 356 | PENTOXIFILINA 400 MG COMP. | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 357 | POMADA NASAL | TUBO |  |
| 358 | PREGABALINA 300 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 359 | PROGENDO 200MG CAPSULAS BLANDAS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 360 | PROPAFENONA 150 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 361 | PROTEINAS P/PACIENTES RENALES | FRASCO |  |
| 362 | RECELNE 100 MG | FRASCO |  |
| 363 | RESORTYL 200 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 364 | RIVAROXABAM 15 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 365 | RIVAROXABAN 20 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 366 | SILIMARINA | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 367 | SILIMARINA 15 GR | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 368 | SITAGLIPTINA 50 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 369 | SITAGLIPTINA 50 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 370 | SOLIFENACINA 5MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 371 | SOLUCION DE CITRATOS 1000 ML | INFUSOR |  |
| 372 | SOMACINA 1 G | AMPOLLA |  |
| 373 | SOMACINA 500 MG | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 374 | SOMATOTROPINA 36 UI INYECTABLE | AMPOLLA |  |
| 375 | SUCRALFATO 1 G SUSPENSIÓN | FRASCO |  |
| 376 | SUPRACAM FLEX ( MELOXICAN 15 MG + PRIDINOL MESILATO 4 MG ) | SOBRE |  |
| 377 | TAMSULOSINA 0.4 MG COMPRIMIDOS | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 378 | TOCILIZUMAB 200 MG | FRASCO - AMPOLLA |  |
| 379 | VITAMINA C 1.000 MG COMPRIMIDO | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 380 | VITAMINA A Y E CAP. | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 381 | VITAMINA C 2G (GRANULADO) | SOBRE |  |
| 382 | VITAMINA D 1000 UI | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |
| 383 | ZOPICLONA 3 MG COMP | CAPSULA O COMPRIMIDO |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

**Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**MODELO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Conste por el presente documento privado un **Contrato de Prestación de Servicios,** que previo reconocimiento de firmas y rúbricas, será elevado a documento público, que se suscribe al tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**PRIMERA. (PARTES).**

Son Partes del presente Contrato:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**, representada legalmente por ………………, con CI N° ……., **(cargo)** en mérito al Poder Especial N° …./20.., de **(fecha)** de 20.., otorgado ante la Notaría de Fe Pública N° 050, del Distrito Judicial de la ciudad de La Paz, a cargo de la Dra. María Eugenia Quiroga de Navarro, que en adelante se denominará la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**.
  2. La empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, inscrita en el Registro de Comercio bajo la Matricula N° \_\_\_\_\_\_, con NIT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de **(ciudad)** y representada legalmente por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CI No. \_\_\_\_\_\_\_\_, mediante Testimonio de Poder No. \_\_\_/\_\_\_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 20\_\_, otorgado ante la Notaría de Fe Pública No. \_\_\_, del Distrito Judicial de Santa Cruz de la Sierra, a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en adelante se denominará el **PROVEEDOR.**

A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como **PARTES** y de manera individual como **PARTE**.

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES).**

2.1. En cumplimiento del Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, se ha llevado a cabo la **(Modalidad de Contratación)** N° \_\_\_/2022**.**

2.2. En fecha \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2022, la Comisión de Calificación emitió el Informe de Calificación N°……..

2.3. Mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_/2022, de \_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2022, la Gerente de Administración y Finanzas y el Gerente Médico han otorgado su Aprobación del Gasto y Adjudicación del Proceso, a consecuencia de lo que se ha remitido al **PROVEEDOR** la Nota de Adjudicación CITE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.4. En atención a la instrucción de registrada mediante Hoja de Ruta N° \_\_\_\_\_, se procede a elaborar el presente Contrato bajo el tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**TERCERA. (OBJETO).**

El objeto del presente Contrato es establecer los términos y condiciones a que se sujetará la **prestación de servicios**, en adelante el **SERVICIO**, de acuerdo a las condiciones establecidas en las siguientes cláusulas.

**CUARTA. (CONDICIONES GENERALES).**

Las condiciones en cuanto a calidad, plazos, recepción y demás características de provisión del **SERVICIO**, que deberá cumplir el **PROVEEDOR**, son las que se encuentran debidamente detalladas en los Términos de Referencia de esta adquisición y en la propuesta presentada y adjudicada, mismas que forman parte del presente Contrato y deberán ser cumplidas a cabalidad.

**QUINTA. (PRECIO Y FORMA DE PAGO).**

La **CSBP,** de acuerdo a la evaluación de la magnitud del trabajo y en base a los precios estipulados en el anexo No 4 por el proveedor, se generará una orden de servicio con el precio estipulado final del precio.

El pago del mismo será una vez se entregue el acta de recepción de del trabajo y la planilla de obra aprobada y firmada por el responsable de la **CSBP**.

El pago se efectuará mediante cheque y/o transferencia bancaria a nombre del representante legal del **PROVEEDOR**.

**SEXTA. (PLAZO).**

El **PROVEEDOR** deberá hacer entrega del **SERVICIO** contratado por la **CSBP** en los plazos establecidos según la magnitud del servicio y que se computarán a partir de la entrega de la orden de proceder

**SEPTIMA. (COORDINACION).**

El **PROVEEDOR**, a través de su representante legal, se compromete a coordinar y absolver consultas y observaciones relacionadas a la ejecución del presente Contrato.Para el efecto, se realizarán las reuniones de coordinación que se consideren convenientes a criterio de la **CSBP**, en la que participarán además del representante legal del **PROVEEDOR** y del personal técnico de la **CSBP,** el personal que las Partes consideren pertinente.

**OCTAVA. (RESPONSABILIDADES).**

La **CSBP** ha adjudicado la presente adquisición en favor del **PROVEEDOR,** basándose en los antecedentes de calidad, responsabilidad, experiencia y prestigio del **PROVEEDOR,** por lo que éste se compromete al cumplimiento del objeto del presente Contrato en óptimas condiciones, principalmente, en cuanto a la calidad del **SERVICIO**, no pudiendo transferir o subrogar a terceros las obligaciones asumidas.

**NOVENA. (MULTAS).**

La **CSBP** ante el incumplimiento del **PROVEEDOR** respecto de las obligaciones asumidas en este contrato, aplicará una multa equivalente al 0.3% por cada día de retraso. La suma de las multas no podrá exceder el veinte por cien (20%) del monto total de la orden de compra por el servicio pudiendo esto dar lugar a la resolución del contrato perjuicio de que sea resuelto obligatoriamente.

**DECIMA. (GARANTIAS).**

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

10.1. El **PROVEEDOR** garantiza el correcto cumplimiento y la fiel ejecución del presente Contrato, en todas sus partes, con la Garantía a Primer Requerimiento de Cumplimiento de Contrato **N° \_\_\_\_\_\_\_**, por **Bs\_\_\_\_\_\_\_\_\_.- (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100)**, emitida por **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.A.**, con vencimiento al \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_, a la orden de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA** por el siete por ciento (7%) del valor total del Contrato.

10.2. El importe de dicha garantía, **en caso de cualquier incumplimiento contractual** incurrido por el **PROVEEDOR**, será pagado en favor de la **CSBP** sin necesidad de trámite o acción judicial alguna, solamente a su simple requerimiento ante la entidad financiera que emitió la garantía.

10.3. El **PROVEEDOR** tiene la obligación de mantener actualizada la Garantía a Primer Requerimiento de Cumplimiento de Contrato, cuantas veces lo requiera la **CSBP**, por razones justificadas, quien llevará el control directo de vigencia de la misma, bajo su responsabilidad.

**DECIMO PRIMERA. (RESOLUCION).**

El presente Contrato concluirá por una de las siguientes causas:

**11.1. Por Cumplimiento de Contrato:**  De forma normal, tanto la **CSBP** como el **PROVEEDOR**, darán por terminado el presente Contrato, una vez que ambas **PARTES** hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en él; aspecto que se hará constar por escrito, mediante el Certificado de Cumplimiento de Contrato emitido por la **CSBP**.

**11.2. Por Resolución del Contrato:** Si se diera el caso, la **CSBP** podrá resolver el presente Contrato de **manera unilateral y sin necesidad de intervención judicial de ninguna naturaleza**, por las siguientes causales:

a) Disolución de la empresa del **PROVEEDOR**.

b) Quiebra declarada de la empresa del **PROVEEDOR**.

c) Suspensión de la provisión del **SERVICIO** sin justificación por parte del **PROVEEDOR.**

d) Incumplimiento injustificado del plazo de entrega o el cronograma de entregas de la provisión del **SERVICIO** sin que el **PROVEEDOR** haya tramitado ante la **CSBP** la ampliación de plazo.

f)A exclusiva decisión de la **CSBP**, cuando los montos acumulados por concepto de multas sean iguales o superiores al 10% del valor total del Contrato.

g) De manera obligatoria, cuando la suma de las multas acumuladas alcance al 20% del valor total del Contrato.

**11.3. Reglas aplicables a la Resolución:** Para proceder a la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **CSBP** dará aviso escrito mediante carta notariada al **PROVEEDOR** de su intención de resolver el Contrato, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión y se tomaran las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del contrato, la **CSBP** expresará por escrito su conformidad a la solución y la nota de intención de Resolución será retirada. **(Este párrafo es referencial y la CSBP se reserva el uso según del tipo de bien a adquirir)**

**DECIMO SEGUNDA. (IMPOSIBILIDAD SOBREVINIENTE POR CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).**

La **CSBP** ni el **PROVEEDOR** serán responsables por el incumplimiento de sus obligaciones respectivas, en caso de eventos conceptuados como fortuitos o fuerza mayor.

**Se entiende por fuerza mayor** al obstáculo externo, imprevisto o inevitable, que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendio, inundaciones y otros desastres naturales).

**Se refuta como caso fortuito**, al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.).

Cualquier suspensión de la ejecución en estos casos, será limitada al periodo en que la causa o sus consecuencias existieren. Si la imposibilidad resultante permaneciera por más de 30 días hábiles, cualquiera de las **PARTES** podrá optar por la resolución del Contrato, quedando en este caso obligadas las **PARTES** al cumplimiento de las obligaciones recíprocamente debidas hasta la fecha del comienzo de dicha imposibilidad.

**DECIMO TERCERA. (DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO).**

Forman parte del presente Contrato: El Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 3 – Aprobado mediante Resolución No. 011/2022 del Directorio de la **CSBP**, de 23 de febrero de 2022, los Términos de Referencia del proceso de contratación que da lugar a la suscripción del presente Contrato y la propuesta presentada y adjudicada por el **PROVEEDOR**.

**DECIMO CUARTA. (MODIFICACIONES AL CONTRATO).**

La **CSBP,** podrá introducir modificaciones que considere estrictamente necesarias en la provisión, siempre que no afecten la esencia del presente Contrato y, con tal propósito, tendrá la facultad para solicitar por escrito al **PROVEEEDOR**, el incremento, modificación del contrato, así como la ampliación del plazo por necesidad institucional debidamente justificadas. Las referidas modificaciones, se realizará a través del contrato modificatorio correspondiente. Las causas modificatorias deben ser sustentadas por informes técnicos y legales.

El contrato modificatorio sólo admite el incremento o la disminución hasta el diez (10) por ciento del precio originalmente convenido en el Contrato. En caso de que signifique una disminución en el servicio, deberá concertarse previamente con el **PROVEEDOR**, a efectos de evitar reclamos posteriores.

El Contrato Modificatorio, debe ser emitido y suscrito en forma previa a la ejecución de la modificación, por lo que no constituye un documento regularizador.

El incremento, modificación o reducción en los productos de la prestación del **SERVICIO,** así como la existencia de causas de fuerza mayor o caso fortuito, necesidad institucional o suspensión de la provisión del **SERVICIO**, puede dar lugar a la ampliación del plazo del Contrato, debiendo establecerse de forma clara el lapso de la ampliación.

**DECIMO QUINTA. (OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN). -** Los materiales producidos e información a la que tuviere acceso el **PROVEEDOR** contratado durante o después de la suscripción del contrato, tendrá carácter confidencial, quedando expresamente prohibida su divulgación sin previa autorización de la **CSBP**.

**DECIMO SEXTA. (SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS). -** En caso surgir dudas sobre los derechos y obligaciones de las partes durante la ejecución del presente Contrato, las partes acudirán a los términos y condiciones del presente Contrato, la propuesta adjudicada y los Términos de Referencia.

Todo litigio, discrepancia, cuestión, reclamación, interpretación o controversia resultante u originada en el presente Contrato, será resuelta definitivamente mediante arbitraje.

Se acuerda que el arbitraje se llevará a cabo en la ciudad de La Paz, Bolivia y será administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje que la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** elija.

Las **PARTES** hacen constar expresamente su compromiso de cumplir el Laudo Arbitral que se dicte, renunciando expresamente y desistiendo anticipadamente al recurso de anulación del Laudo Arbitral.

Ningún proceso de conciliación o arbitraje planteado por las partes podrá suspender las obligaciones de cumplimiento de este Contrato por el **PROVEEDOR** salvo acuerdo de **PARTES.**

**DECIMA SEPTIMA (DOMICILIO).**

Las Partes, para todas las incidencias del presente Contrato, constituyen como domicilio especial, a efecto de su notificación:

* **CSBP** - Oruro Bolivia, Calle Camacho esquina Adolfo Mier Nro. 1027.
* **PROVEEDOR -** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECIMO OCTAVA. (DE LOS GASTOS NOTARIALES).**

El **PROVEEDOR** se obliga a cancelar los gastos emergentes del reconocimiento de firmas del presente Contrato ante Notario de Fe Pública.

**DECIMO SEPTIMA. (ACEPTACION).**

En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, las Partes firman el presente Contrato en cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y valor legal, en la ciudad de **(señalar ciudad)**, a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_ del año dos mil veintidós.