REQUISITOS PARA LA COMPRA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. Solicitud de cotización de los medicamentos monopolio del estado; el trámite se puede realizar a través del correo frehuila.salud@huila.gov.co con copia sogc@huila.gov.co. La cotización tiene vigencia de una semana y/o hasta agotar el lote.

2. Una vez recibida la cotización consignar el valor a la cuenta del Fondo Rotatorio del Huila, cuenta Colpatria ahorro No 7452051677, Nombre Cuenta RECURSOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL. En los casos de transferencias electrónicas a la cuenta del FRE Huila se tramitara la venta 24 horas después de la transacción.

3. Presentar la solicitud de venta según formato adjunto, con el recibo de consignación para que el funcionario del FRE Huila, pueda dar trámite a la compra.

Horario de atención del suministro es de 8 am a 11 am y de 2 pm a 5pm, las dos primeras semanas cada mes.



MEDICAMENTOS MONOPOLIO DEL ESTADO DISPONIBLES FRE HUILA

NOMBRE MEDICAMENTO	Forma Farmacéutica	Presentación Comercial
FENOBARBITAL 0,4% ELIXIR	Solucion Oral	Frasco x 120 ml
FENOBARBITAL x 10 mg	Tableta	Caja x 30
FENOBARBITAL x 50 mg	Tableta	caja x 30
FENOBARBITAL x 100 mg	TABLETA	Caja x 30
FENOBARBITAL x 40 mg/ml	Ampolla	Caja x 10 ampollas
FENOBARBITAL x 200 mg/ml	Ampolla	Caja x 10 ampollas
HIDROMORFONA x 2 mg/ml	Ampolla	Caja x 10 ampollas
HIDROMORFONA X 2,5 mg	Tableta	Caja x 20
HIDROMORFONA X 5 mg	Tableta	Caja x 20
MEPERIDINA X 100 mg/2ml	Ampolla	Caja x 10 ampollas
METADONA x 40 mg tableta	Tableta	Frasco x 20 tabletas
METADONA X 10 mg tableta	Tableta	Frasco x 20 tabletas
METILFENIDATO x 10 mg tableta	Tableta	Caja x 30
METILFENIDATO (CONCERTA) 18 MG Tableta	Tableta de liberación modificada	Frasco x 30
METILFENIDATO (CONCERTA) 36 MG Tableta	Tableta de liberación modificada	Frasco x 30
MORFINA X 10 mg/ml	Ampolla	Caja x 10 ampollas
MORFINA 3% SOLUCION ORAL	Frasco	Frasco x 30 ml
MORFINA 3% solución parenteral	Frasco vial	Frasco vial
PRIMIDONA X 250 mg comprimidos	Comprimidos	Caja x 50 comprimidos

FORMATO SOLICITUD VENTA MEDICAMENTOS CONTROL ESPECIAL MONOPOLIO DEL ESTADO

Ciudad y fecha (d/m/a)

Señores
SECRETARIA DE SALUD DEL HUILA
Cra 20 No 5 B- 36
Neiva Huila

Asunto: Suministro medicamentos monopolio del estado.

Atentamente nos permitimos solicitar la venta con destino a la IPS/droguería autorizada, _____ los siguientes medicamentos cotizados así:

Nombre Medicamento	Forma Farmacéutica	Cantidad

Para lo cual adjunto la consignación en original y/o documento de la transacción electrónica.

Autorizamos al señor _____ identificado con C.C. No._____ funcionario de la IPS/droguería.

Cordial saludo,

_____ Gerente y/o representante legal

_____ Director técnico Establecimiento Farmacéutico