

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

INVITACION DIRECTA PARA PRESENTAR PROPUESTA No. 126 de 2017

Granada Meta 24 de noviembre de 2017

Señor
HANS WILHELM FISCHBORN ESGUERRA
 Representante Legal
 UNIDOSSIS S.A.S.
 Nit; 900.281.394-6
mtt@unidossis.com.co

ASUNTO: INVITACIÓN DIRECTA PARA SUMINISTRO DE NUTRICIONES PARENTERALES, AJUSTE DE MEDICAMENTOS ESTERILES Y REEMPAQUE DE MEDICAMENTOS SOLIDOS

Por medio de la presente invitación, nos permitimos dar a conocer las condiciones técnicas y económicas mínimas, para la prestación del servicio requerido así:

OBJETO DEL FUTURO CONTRATO

SUMINISTRO DE NUTRICIONES PARENTERALES REEMPAQUE DE MEDICAMENTOS SOLIDO ORALES Y AJUSTE DE MEDICAMENTOS ESTERILES INYECTABLES DE DOSIS UNITARIAS PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E

RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE

Para satisfacer la necesidad se adelantara un contrato de suministro de nutriciones parenterales, teniendo en cuenta que la cuantía destinada para satisfacer la presente necesidad no excede los doscientos (200) SMLMV la entidad dispone adelantar el proceso contractual a través de la modalidad de contratación directa de conformidad a lo contemplado en el artículo 15 del acuerdo 203 de 2016, ESTATUTO INTERNO DE CONTRATACIÓN, del Hospital Departamental de Granada E.S.E., se hace oportuno indicar que se seleccionará la propuesta siempre y cuando cumpla con las condiciones exigidas, dentro de los estudios y documentos previos.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Para la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, el contratista debe contemplar y tener en cuenta las normas aplicables al objeto contractual y cumplir con las especificaciones técnicas y condiciones mínimas señaladas en el presente estudio previo.

1. La descripción y cantidad de los elementos que requiere el Hospital Departamental de Granada E.S.E., se describen a continuación para la compraventa de papelería y elementos de oficina, según requerimiento del Hospital (cantidades) de acuerdo a la necesidad del servicio:

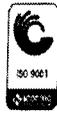
ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION
1	NUTRICION PARENTERAL NEONATOS	NTP NEONATOS - 0 ML A 100 ML
		NTP NEONATOS - 101 A 200 ML

	<p>“UN HOSPITAL PARA TODOS” CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co</p>	
---	--	---

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

		NTP NEONATOS - 201 A 300 ML
		NTP NEONATOS - 301 ML A 400 ML
		NTP NEONATOS - 401 ML A 500 ML
2	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICO	NTP PEDIATRICO - 501 ML A 1000 ML
		NTP PEDIATRICO - 1001 ML A 1501 ML
		NTP PEDIATRICO - 1501 ML A 2000 ML
		NTP PEDIATRICO - 2001 ML A 2500 ML
3	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS	NTP ADULTOS - 0 ML A 1000 ML
		NTP ADULTOS - 1001 ML A 1500 ML
		NTP ADULTOS - 1501 ML A 2000 ML
		NTP ADULTOS - 2001 ML A 2500 ML
		NTP ADULTOS - 2501 ML A 3000 ML
4	NUTRICION PARENTERAL ADULTO SIN LIPIDOS	NTP ADULTOS - 0 ML A 1000 ML
		NTP ADULTOS - 1001 ML A 1500 ML
		NTP ADULTOS - 1501 ML A 2000 ML
		NTP ADULTOS - 2001 ML A 2500 ML
		NTP ADULTOS - 2501 ML A 3000 ML
5	DIPEPTIVEN GLUTAMINA	FRASCO
6	<p>AJUSTE MEDICAMENTOS ESTERILES INYECTABLES</p> <p>Nota: los medicamentos estériles inyectables a ser ajustados y los insumos que se requieran, serán suministrados por el Hospital Departamental de Granada E.S.E y deberán ser recogidos en las instalaciones de la I.P.S y entregados en dosis unitarias a la I.P.S.</p>	DOSIS UNITARIAS
7	<p>REEMPAQUE DE MEDICAMENTOS SOLIDOS ORALES</p> <p>Nota: los medicamentos sólidos orales a ser reempacados serán suministrados por el Hospital Departamental de Granada E.S.E y deberán ser recogidos en las instalaciones de la I.P.S y entregados en dosis unitarias a la I.P.S.</p>	DOSIS UNITARIAS

- A. Especificación técnica del suministro: nutriciones parenterales, estériles inyectables, dosis unitarias estériles y reempaque para la alimentación de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Adulto, al igual que los pacientes de Pediatría de las diferentes unidades funcionales del Hospital Departamental de Granada E.S.E.

	<p>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</p> <p>CALLE 15 CARRERA 2 Y 4</p> <p>TELEFONO 6500510-6587800-6500521</p> <p>LINEA GRATUITA : 018000965050</p> <p>www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co</p>	  

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

- B. Documentos Técnicos: Resolución Registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, Autorización para manejo de medicamentos de Control Especial expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes F.N.E y los documentos que la Oficina Jurídica de Contratación requiera para proceso contractual.

EL OFERENTE deberá indicar en su oferta el procedimiento a seguir en el evento que se presenten reclamos, devoluciones y/o elementos defectuosos, o de especificaciones diferentes o inferiores a las requeridas.

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

Para dar cumplimiento al objeto del presente contrato, se tiene como presupuesto estimado la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$10.000.000)**, suma que se encuentra amparada con el certificado de disponibilidad No. 00854 del 23 de noviembre de 2017, expedido por la profesional de presupuesto, el cual se encuentra en los rubro: Gastos de funcionamiento, gastos operación, gastos operación comercial, gastos de comercialización, compra de bienes para la venta Código BB411 los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2017.

FORMA DE PAGO

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. reconocerá y pagara al contratista el valor del contrato mediante la presentación de las respectivas facturas de cobro, por el suministro efectivamente entregado en el almacén general del HOSPITAL, previo informe de cumplimiento por parte del supervisor del contrato y certificación expedida por el Supervisor sobre el satisfactorio suministro. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Para efectuar los anteriores pagos se requerirá que El CONTRATISTA acredite que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, circunstancia que deberá ser verificada por el Supervisor del contrato como requisito para el pago, de conformidad con el parágrafo 1º. Del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

El pago se realizará dentro de los noventa (90) días hábiles siguientes a la radicación de las órdenes de pago en la Tesorería del Hospital, junto con la factura y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor, previa aprobación del PAC.

El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital de Granada a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley.

Para el pago final se deberá formalizar acta de liquidación debidamente firmada entre las partes, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el valor total del contrato.

EL Hospital Departamental De Granada E.S.E., sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será de un (1) mes y/o hasta agotar el recurso, la primera condición que ocurra, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, la cual deberá ser firmada entre el Supervisor y el Contratista máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la firma del contrato. Para su ejecución se requerirá de la expedición del registro presupuestal y la aprobación de la garantía única y suscripción del acta de inicio.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato
2. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y trabas que afecten el debido desarrollo.
3. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para brindar información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo.
4. Acatar las observaciones que formule el Hospital Departamental de Granada E.S.E., a través del supervisor durante la vigencia del contrato.

	<p>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ” CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co</p>	  
---	--	---

31

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

5. Dar noticia inmediata al supervisor del contrato de las novedades que puedan ocasionar la parálisis de la ejecución del contrato y ofrecer su pronta solución bajo su completa responsabilidad.
6. Mantener informado al Hospital Departamental de Granada E.S.E. de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato.
7. Acreditar el pago al Sistema de Seguridad Social en salud y pensiones, en los términos y porcentajes establecidos en la ley, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, las personas jurídicas deberán acreditar que se encuentran al día en el pago de Aportes a la Seguridad Social Integral y parafiscales, debidamente suscrita por el representante legal o el revisor fiscal, de conformidad con el art 50 de la ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007
8. Atender los requerimientos efectuados directamente por el contratante o por conducto del supervisor.
9. Constituir las garantías.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Atendiendo a la necesidad que el Hospital Departamental de Granada Meta, pretende satisfacer a través de la presente contratación, es importante garantizar que el contratista desarrolle mínimo las siguientes **obligaciones específicas**:

El contratista en desarrollo del objeto contractual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Desarrollar el objeto del contrato, de conformidad con la naturaleza del mismo, los presentes estudios previos y la propuesta presentada por el contratista.
2. Hacer entrega de las fichas técnicas de los elementos a entregar.
3. Aceptar los procedimientos administrativos que determine el HOSPITAL, para la ejecución del contrato.
4. Las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato.
5. Los productos deberán ser entregados en las instalaciones del Almacén General del Hospital Departamental de Granada E.S.E., ubicada en la Calle 15 carrera 2 y 4 Tel en el horario establecido por los funcionarios del Almacén General del Hospital, quienes realizarán la respectiva entrada al almacén de los productos objeto del contrato.

GARANTIAS

De conformidad con el inciso final del artículo 7 de la ley 1150 de 2007, y en concordancia con el artículo 26 del acuerdo 203 de 2016, el Hospital Departamental de Granada Meta, considera pertinente la constitución de las pólizas que a continuación se describen:

Garantía	CONTRAC TUAL	APLICA		Porcentaje del valor contrato (%)	Plazo
Amparo Del Cumplimiento Del Contrato	X	X		10	Tiempo de ejecución del contrato y hasta la liquidación del contrato (tiempo estimado seis (6) meses, contado a partir de la suscripción del contrato.
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes	X	X		15	Tiempo de ejecución del contrato y hasta la liquidación del contrato (tiempo estimado seis (6) meses, contado a partir de la suscripción del contrato.

Esta garantía deberá presentarse a favor del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA con NIT 800.037.021-7, dentro del día hábil (1) siguiente a la fecha de suscripción del contrato y requerirá de la aprobación por parte del HOSPITAL. EL CONTRATISTA se compromete a ampliar el valor de la misma o su vigencia en el evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue o modifique su término de ejecución.

CAPACIDAD JURÍDICA

- 1) Propuesta de servicios con las especificaciones técnicas del servicio.
- 2) Hoja de Vida de la Función Pública para persona Jurídica.

	" UN HOSPITAL PARA TODOS " CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co	  
---	---	---

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

servicios según lo expuesto y de acuerdo a su conveniencia, y/o a más tardar el día 28 de noviembre de 2017, en la oficina de administración y gerencia del Hospital Departamental de Granada E.S.E, ubicado en la calle 15 entre carreras 2 y 4 Granada Meta.

Cordialmente,


MONICA MARIA DELGADO PINILLOS
GERENTE HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA E.S.E.

Proyectó	Luz Doris Cardona Rodríguez – contrato de Prestación de Servicios Nro. 187-2017	
Proyecta Técnicamente	Alirio Preciado Ramírez – Profesional Almacén - Hospital Departamental de Granada E.S.E.	

ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVITACIÓN

Ciudad y fecha

	<p>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ” CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co</p>	
---	--	---

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

- 3) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio o autoridad competente para acreditar la antigüedad, este certificado debe haber sido expedido dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.
- 4) Fotocopia del documento de identidad del representante legal. Las personas naturales Colombianas deberán presentar copia de su Cédula de Ciudadanía. Las personas naturales extranjeras, deberán acreditar su existencia mediante la copia de su pasaporte, y si se encuentran residenciadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad Colombiana competente.
- 5) Fotocopia del certificado ANTECEDENTES JUDICIALES: La entidad consultará en la página web de la Policía Nacional el certificado de antecedentes judiciales de la persona natural que presente la propuesta o del representante legal de la persona, así como los antecedentes de los Representantes legales. En caso que los antecedentes judiciales del contratista o su representante legal reporte que alguno de estos presenta inhabilidad para contratar con el estado, conforme lo previsto en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011, la propuesta será RECHAZADA.
- 6) Copia del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General De La Nación: El representante legal y de la persona jurídica no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan presentar la propuesta y celebrar el contrato.
El Contratista deberá presentar el Certificado expedido por la Procuraduría General de la Nación, donde conste que No ha sido declarado responsable disciplinariamente y que no tienen inhabilidad por ese hecho.
El HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. de conformidad con lo previsto por la Ley 1238 de 2008, consultará los antecedentes en la página web de la Procuraduría General de la Nación.
- 7) CERTIFICADO DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES: De conformidad con lo previsto por el artículo 60 de la Ley 610 de 2000 y el parágrafo 1 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, persona natural y de la persona jurídica, no deben estar relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales.
De conformidad con lo dispuesto por la Ley 962 de 2005 y la circular 005 del 25 de febrero de 2008, suscrita por el Contralor General de la República, el Ministerio verificará en la página web de la Contraloría General de la República.
- 8) REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT. Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:
Deberá aportar con su propuesta, una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de los aportes realizados durante el término de vigencia de la empresa y por lo menos durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003.

Dicha certificación debe estar suscrita por el Revisor Fiscal de la sociedad si existe obligación legal de tenerlo, o en su defecto la certificación debe estar suscrita por el Representante Legal de la sociedad proponente.
En caso de haber suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá el Revisor Fiscal o en su defecto el Representante Legal manifestar en la certificación que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

EXPERIENCIA ACREDITADA

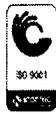
El proponente deberá aportar dos (2) contratos, celebrados y ejecutados con entidades públicas y/o privadas o sus certificaciones respectivas expedidas por los contratantes, cuyo objeto sea igual o similar al del presente proceso de selección, su plazo no sea inferior tres (3) meses y cuyo monto sea igual o superior al presupuesto oficial, para el efecto deberá tener en cuenta que:

- Solo se tendrán en cuenta contratos terminados.
- El proponente deberá acreditar la experiencia con certificaciones expedidas de contrato de compraventa y/o suministro de medicamentos por el contratante donde conste: objeto, valor, entidad contratante, contratista, fecha de suscripción, fecha de terminación y demás aspectos que permitan determinar la experiencia adquirida. Así mismo, se podrá acreditar la experiencia a través de copia del contrato y acta de liquidación, facturas y copias de los contratos, o cualquier documento idóneo donde conste la relación contractual y la experiencia adquirida.

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. entiende por objetos similares como la compraventa y/o suministro de medicamentos.

CRONOGRAMA

Una vez establecidas las condiciones de la contratación y los requerimientos del Hospital Departamental de Granada E.S.E, hacemos extensiva la invitación de ser de su interés, le agradezco por favor hacernos llegar a la brevedad su propuesta de

	"UN HOSPITAL PARA TODOS" CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: información@hospitalgranada.gov.co	  

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVITACIÓN

Ciudad y fecha

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Ciudad

REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA No. 35 DE 2017, PARA LA COMPRAVENTA DE NUTRICIONES PARENTALES PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Respetados Señores, Nosotros los suscritos o el suscrito _____ actuando en (mi propio nombre persona natural o en representación de _____ (persona jurídica o natural –consorcio o unión temporal, según sea el caso) de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para la “SUMINISTRO DE NUTRICIONES PARENTALES REEMPAQUE DE MEDICAMENTOS SOLIDO ORALES Y AJUSTE DE MEDICAMENTOS ESTERILES INYECTABLES DE DOSIS UNITARIAS PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E” y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. _____ y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).
- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.
- Que responderé (mos) por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.
- Que acepto (amos) las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.
- Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico _____
- Que la propuesta tiene una validez de TRES (3) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación Pública.
- El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE. En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que la propuesta tiene una validez de NOVENTA (90) Días contados a partir de la fecha de cierre del proceso.

Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS) _____ (VALOR EN NUMEROS) _____ M/CTE.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

Atentamente,

Nombre y/o Razón Social _____

Nit _____ Nombre _____

C.C. N° _____ de _____

Dirección _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FAX _____

Ciudad _____

FIRMA Y SELLO (*)

(*) NOTA: **Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva.** Si es persona jurídica, **por quien conforme a la ley esté facultado;** Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

	<p>“ UN HOSPITAL PARA TODOS” CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co</p>	
---	---	---

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION	VALOR UNITARIO	I.V.A.
1	NUTRICION PARENTERAL NEONATOS	NTP NEONATOS - 0 ML A 100 ML		
		NTP NEONATOS - 101 A 200 ML		
		NTP NEONATOS - 201 A 300 ML		
		NTP NEONATOS - 301 ML A 400 ML		
		NTP NEONATOS - 401 ML A 500 ML		
2	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICO	NTP PEDIATRICO - 501 ML A 1000 ML		
		NTP PEDIATRICO - 1001 ML A 1501 ML		
		NTP PEDIATRICO - 1501 ML A 2000 ML		
		NTP PEDIATRICO - 2001 ML A 2500 ML		
3	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS	NTP ADULTOS - 0 ML A 1000 ML		
		NTP ADULTOS - 1001 ML A 1500 ML		
		NTP ADULTOS - 1501 ML A 2000 ML		
		NTP ADULTOS - 2001 ML A 2500 ML		
		NTP ADULTOS - 2501 ML A 3000 ML		
4	NUTRICION PARENTERAL ADULTO SIN LIPIDOS	NTP ADULTOS - 0 ML A 1000 ML		
		NTP ADULTOS - 1001 ML A 1500 ML		
		NTP ADULTOS - 1501 ML A 2000 ML		
		NTP ADULTOS - 2001 ML A 2500 ML		
		NTP ADULTOS - 2501 ML A 3000 ML		
5	DIPEPTIVEN GLUTAMINA	FRASCO		
6	AJUSTE MEDICAMENTOS ESTERILES INYECTABLES Nota: los medicamentos estériles inyectables a ser ajustados y los insumos que se requieran, serán suministrados por el Hospital Departamental de Granada E.S.E y deberán ser recogidos en las instalaciones de la I.P.S y entregados en dosis unitarias a la I.P.S.	DOSIS UNITARIAS		
7	REEMPAQUE DE MEDICAMENTOS SOLIDOS ORALES	DOSIS UNITARIAS		

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

Nota: los medicamentos sólidos orales a ser reempacados serán suministrados por el Hospital Departamental de Granada E.S.E y deberán ser recogidos en las instalaciones de la I.P.S y entregados en dosis unitarias a la I.P.S.			
---	--	--	--

El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de **(VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE.** Serán de exclusiva responsabilidad del contratista los errores u omisiones en que incurra al indicar el valor de su propuesta, debiendo asumir los mayores costos y/o pérdidas que se deriven de dichos errores u omisiones, sin que por esta razón haya lugar a alegar ruptura del equilibrio contractual.

Para efectos del señalamiento del precio ofrecido, el contratista debe tener en cuenta todos los costos, gastos, impuestos, seguros, pago de salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos que considere necesarios para la fijación de la propuesta económica, así como los servicios establecidos en la descripción técnica del objeto a contratar. Los contratistas deben tener en cuenta el valor de sus propuestas no pueden ser superiores al valor del presupuesto oficial asignado para el presente proceso, so pena de rechazo de las mismas.

La entidad verificará las operaciones aritméticas de cada uno de los componentes de los valores. En caso de presentarse error de esta índole se tendrá en cuenta el valor correcto para efectos de la adjudicación. El contratista deberá, en el momento de elaborar su propuesta, evitar formular condiciones económicas y de contratación artificialmente bajas, con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.

Cualquier diferencia entre las letras y números, hará prevalecer la expresión en letras sobre la de los números, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 623 del Decreto 410 de 1971. Código de Comercio.

ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

Señores

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Proceso de Contratación [Insertar información] [Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [Insertar información].
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Transparencia, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

	<p>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ” CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587809-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: informaciónhospitalgranada.gov.co</p>	  
---	--	---