

**PROCESO DE MODALIDAD DE SELECCIÓN POR INVITACIÓN
CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 0138 DE FECHA 04 DE ABRIL DE 2018**

TÉRMINOS DE REFERENCIA

De conformidad con el Acuerdo Interno No. 203 del 20 de diciembre de 2016, Art. 14 y 16, el Hospital Departamental de Granada E.S.E., invita a presentar propuesta para:

I. Introducción

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. pone a disposición de los interesados los términos de referencia para la selección del contratista encargado de ejecutar el contrato de cuyo objeto consiste en la **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E**, Los estudios y documentos previos que incluyen el estudio de mercado y los términos de referencia, así como cualquiera de sus anexos están a disposición del público en el Sistema Electrónico de Contratación Pública –SECOP– <http://www.colombiacompra.gov.co/sistema-electronico-de-contratacion-publica>.

La selección del contratista se realiza a través de Selección mediante la modalidad de Invitación Cerrada con Formalidades Plenas.

**CAPITULO 1
CONDICIONES GENERALES**

A. Invitación a las veedurías ciudadanas

En cumplimiento de lo dispuesto en el inciso 3 del artículo 32 del Acuerdo Interno 203 de 2016, El Hospital Departamental de Granada E.S.E. invita a todas las personas y organizaciones interesadas en hacer control social al presente Proceso de Contratación, en cualquiera de sus fases o etapas, a que presenten las recomendaciones que consideren convenientes, y a que consulten los Documentos del Proceso en la pagina web del SECOP.

B. Compromiso de Transparencia

Los proponentes deben suscribir el compromiso transparencia contenido en el Anexo 3 en el cual manifiestan su apoyo irrestricto a los esfuerzos del Estado colombiano contra la corrupción. Si se comprueba el incumplimiento del Proponente, sus empleados, representantes, asesores o de cualquier otra persona que en el Proceso de Contratación actúe en su nombre, es causal suficiente para el rechazo de la Oferta o para la terminación anticipada del contrato, si el incumplimiento ocurre con posterioridad a la adjudicación del mismo, sin perjuicio de que tal incumplimiento tenga consecuencias adicionales.

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

**CAPITULO 2
DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD**

La necesidad a contratar consiste en el **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E**, Los demás detalles del presente Proceso de Contratación también se encuentran incluidos en los Documentos del Proceso.

A. Clasificación UNSPSC

La necesidad objeto del presente Proceso de Contratación está codificada en el Clasificador de Bienes y Servicios de Naciones Unidas (UNSPSC), como se indica en la Tabla 1:

Tabla 1 - Codificación de la compraventa en el sistema UNSPSC

TABLA 1

Clasificación UNSPSC	Descripción
51101500	medicamentos y productos farmaceuticos
51131600	Medicamentos hemopatologicos
51142900	Medicamentos para el sistema nervioso central
51181500	Hormonas y antagonistas hormonales

B. Valor estimado del Contrato

El valor estimado del contrato es de **NOVECIENTOS MILLONES DE PESOS (\$900.000.000,00) M/CTE** el cual es el valor estimado previamente en los estudios de mercado.

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO, PRESUPUESTO OFICIAL Y DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: Para dar cumplimiento al objeto del presente contrato, se tiene como presupuesto estimado la suma **NOVECIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$900.000.000,00)** suma que se encuentra amparada con el certificado de disponibilidad No. **00411** del 06 de marzo de 2018, expedido por la profesional de presupuesto, el cual se encuentra en los rubro: Presupuesto de gastos, gastos de operación, gastos de operación comercial, gastos de comercialización, compra de bienes para la venta, Código BB411 los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2018.

C. Forma de Pago

El **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** reconocerá y pagara al contratista el valor del contrato de la siguiente manera: Pagos parciales contra la facturación generada por el proveedor, como resultado de los suministros efectivamente entregados 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. **PARAGRAFO PRIMERO:** El pago se realizará dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a la fecha de



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

radicación de la factura y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor, previa aprobación del PAC. **PARAGRAFO SEGUNDO:** 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. **PARAGRAFO TERCERO:** 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. **PARAGRAFO CUARTO:** 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.

3

D. Plazo de ejecución del Contrato

El plazo de ejecución del contrato será de cuatro (4) meses, y quince (15) días y/o hasta agotar la el presupuesto oficial asignado para dichos fines, 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 tres (3) 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.

E. Lugar de ejecución del Contrato

El lugar de ejecución del contrato es el Hospital Departamental de Granada E.S.E. ubicado en el municipio de Granada - Departamento del Meta.

CAPITULO 3 REQUISITOS HABILITANTES

V. Requisitos Habilitantes

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. debe verificar con el Registro Único de Proponentes el cumplimiento de los requisitos habilitantes. Esta verificación se hará de acuerdo con el Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en Procesos de Contratación expedido por Colombia Compra Eficiente.

De conformidad con el numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, solo en aquellos casos en que por las características del objeto a contratar se requiera la verificación de requisitos del Proponente adicionales a los contenidos en el RUP, la Entidad Estatal puede hacer tal verificación en forma directa.

A. Capacidad Jurídica

Los siguientes requisitos y documentos tienen por finalidad establecer la habilidad jurídica del proponente para participar en el presente proceso de selección y para contratar con la Entidad.

Este aspecto es objeto de verificación y no de calificación, por tanto, si la propuesta cumple todos los aspectos se evaluará como CUMPLE JURÍDICAMENTE. En caso contrario se evaluará como NO CUMPLE JURÍDICAMENTE y la propuesta será RECHAZADA.



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



Capacidad Jurídica del Proponente: En el presente Proceso de Contratación pueden participar personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras; consorcios, uniones temporales o promesas de sociedad futura, cuyo objeto social esté relacionado con el objeto del contrato a celebrarse. La duración de esta asociación debe ser por lo menos por la vigencia del Contrato y un año más.

Las personas jurídicas extranjeras deben acreditar su existencia y representación legal con el documento idóneo expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio no anterior a tres (3) meses desde la fecha de presentación de la Oferta, en el cual conste su existencia, fecha de constitución, objeto, duración, nombre representante legal, o nombre de la persona que tenga la capacidad de comprometerla jurídicamente, y sus facultades, señalando expresamente que el representante no tiene limitaciones para contraer obligaciones en nombre de la misma, o aportando la autorización o documento correspondiente del órgano directo que lo faculta.

Objeto social: Deberá corresponder con el objeto del presente proceso de selección, y debe ser suficiente para poder ejecutar el objeto del contrato. Las estructuras plurales deberán adjuntar el certificado de existencia y representación legal de cada uno de sus miembros, en el que cada uno de los integrantes debe tener en su objeto social la descripción de actividades suficientes para poder ejecutar el objeto del presente proceso de selección.

Ausencia de Inhabilidades e incompatibilidades, prohibiciones o conflicto de intereses para proponer y/o contratar: EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. también revisará que los Proponentes no se encuentren en causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflictos de interés para celebrar o ejecutar el contrato consagrados en las disposiciones constitucionales y legales vigentes sobre la materia.

Cuando la inhabilidad o incompatibilidad en un proponente sobrevenga dentro del proceso de selección o durante la ejecución del contrato o sobre alguno de los miembros de un Consorcio o Unión Temporal, se dará aplicación al artículo 9 de la Ley 80 de 1993 y normas concordantes y complementarias.

La manifestación sobre ausencia de inhabilidades e incompatibilidades, se entenderá hecha en la carta de presentación de la propuesta.


Para ello, revisará el boletín de responsables fiscales, el certificado de antecedentes disciplinarios, el certificado de antecedentes judiciales y el RUP para verificar que no haya sanciones inscritas.

B. Experiencia

El Registro Único de Proponentes es el instrumento a través del cual los proponentes deberán acreditar el requisito de experiencia, para tal efecto, las personas naturales o jurídicas o uniones temporales o consorcios o cualquier forma de asociación que participen en este proceso, para efectos de verificación de este requisito, deberán acreditar experiencia como se menciona a continuación:

Acreditar que cuenta con experiencia específica, en procesos de contratación realizados con entidades públicas y/o privadas, cuyo objeto sea la el suministro de insumos médicoquirúrgicos y dispositivos médicos, cuyo valor sea igual o superior al cien por ciento (100%) del presupuesto oficial estimado expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes en la vigencia actual, para la presente contratación, para lo cual se deberán anexar tres (3) certificaciones de contratos realizados con este objeto y se verificará en el Registro único de Proponentes que se acredite que dichas operaciones comerciales y que sumados sean iguales o superiores al porcentaje solicitado, información que se establecerá de la siguiente manera:

Relación de contrato (s) celebrado(s), Código del clasificador de Bienes y Servicios en el tercer nivel	Valor expresado en SMML
---	-------------------------

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.	
---	---	--

CODIGO DE LA CALSIFICACION UNSPSC	CUANTIA EN SALARIOS MINIMOS
51101500, 51131600, 51142900, 51181500	1152.011 SMMLV

Los proponentes pueden certificar su experiencia en todos o en cualquiera de los códigos requeridos siempre que la experiencia acreditada sume un total de 1152.011 SMMLV o más.

El Hospital realizará la evaluación a la experiencia siempre y cuando se encuentre reportada en el RUP.

El cálculo de los SMMLV de los contratos que se acrediten se hará con respecto al año de suscripción de los mismos.

En caso de acreditar experiencia con parte de un proponente plural, serán tenidas en cuenta de acuerdo con el porcentaje de participación, para lo cual se deberá adjuntar el documento de confirmación del proponente plural.

Los documentos soporte para acreditar la experiencia mínima exigida de los contratos ejecutados, registrados en la propuesta, las certificaciones de los contratos ejecutados y terminados o su respectivamente de liquidación o cualquier otro documento debidamente firmado por el contratante; debe contener como mínimo la siguiente información:

- Nombre del contratante
- Objeto del contrato
- Valor del contrato
- Actividades ejecutadas
- Fecha de inicio del contrato
- Fecha de terminación del contrato


El Proponente debe acreditar esta experiencia con los contratos celebrados teniendo en cuenta la experiencia solicitada por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. identificados con el Clasificador de Bienes y Servicios en el tercer nivel y expresando su valor en salarios mínimos mensuales legales vigentes.

El Proponente y/o Miembros que concurran a la acreditación de la Experiencia deberá(n) identificarla a través de certificación suscrita bajo la gravedad de juramento por el Representante Legal, los bienes, obras y servicios a los cuales corresponde la experiencia que pretende acreditar, identificándolos con el Clasificador de Bienes y Servicios de las Naciones Unidas UNSPC v14_081. Es decir, el Proponente deberá enmarcar cada uno de los contratos (en especial e objeto contractual y su alcancé) con los que se pretende acreditar la Experiencia en un Segmento, Familia, Clase y Producto del UNSPC v14_081 (la codificación deberá constar de 8 dígitos)

C. Capacidad Financiera

La capacidad financiera no está sujeta a puntaje, pero será verificada para habilitar la propuesta mediante los indicadores de Índice de liquidez, Índice de Endeudamiento y Razón de Cobertura de Interés, por lo tanto, el proponente que no cuente con los indicadores mínimos exigidos dentro de los indicadores señalados se calificará la oferta como **NO CUMPLE FINANCIERAMENTE**.

Conforme lo establecido en el numeral 3 del Artículo 2.2.1.1.1.5.3. Del Decreto 1082 de 2015, en el que se establece el procedimiento para la verificación de los requisitos habilitantes, el proponente debe cumplir con los siguientes indicadores:

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

INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO
INDICE DE LIQUIDEZ	Igual o mayor a 1,50
INDICE DE ENDEUDAMIENTO	Igual o menor a 0.70
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	Igual o mayor a 7.2

Si el Proponente es un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura debe cumplir su capacidad financiera de acuerdo con el porcentaje de participación dentro del proponente plural.

Todas las cifras deben presentarse en moneda colombiana, de conformidad con los artículos 50 y 51 del Decreto 2649 de 1993 y demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan.

D. Capacidad Organizacional

El proponente debe cumplir con los siguientes indicadores con base en la tomada en las mismas fuentes y en las condiciones descritas para la verificación de la capacidad financiera, aplicadas en la capacidad organizacional.

INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	IGUAL O MAYOR A 0.15
RENTABILIDAD DEL ACTIVO	IGUAL O MAYOR A 0.05

Serán declaradas **CUMPLE ORGANIZACIONALMENTE** las propuestas que cumplan con los porcentajes mínimos de los indicadores mencionados en la anterior tabla.

- Rentabilidad sobre el Patrimonio = utilidad operacional / patrimonio

Determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio.

- Rentabilidad de Activo = utilidad operacional / activo total

Determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo

La habilitación de cada proponente se determinara por el cumplimiento de cada uno de los indicadores organizacionales mencionados anteriormente. Cada indicador se evaluará por separado y utilizando las formulas indicadas en cada caso.

Este aspecto es objeto de verificación y no de calificación, por tanto, si el proponente cumple todos los aspectos que determinan la capacidad financiera, se evaluara como **CUMPLE organizacionalmente**. En caso contrario se evaluara como **NO CUMPLE organizacionalmente** y la propuesta será **RECHAZADA**.

E. Información financiera para Proponentes extranjeros

Los Proponentes extranjeros deben presentar la información financiera que se relaciona a continuación, de conformidad con la legislación propia del país de origen, avalados con la firma de quien se encuentre en obligación de hacerlo de acuerdo con la normativa vigente del país de origen:

- (i) Balance general
- (ii) Estado de resultados

Los anteriores documentos también deben ser presentados utilizando el Plan Único de Cuentas para Colombia (PUC).

VI. Evaluación de la Oferta

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. debe evaluar las Ofertas de los Proponentes que hayan acreditado los requisitos habilitantes de que trata la sección V.

En la evaluación de las Ofertas el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. realizará la ponderación del factor económico y el técnico de acuerdo con los puntajes indicados en la Tabla 2.

Los Ofertas deben presentarse en los Anexos 1 a 4 establecidos en los presentes terminos de referencia como el formato para presentación de la Oferta.

Tabla 2 Puntaje por Criterio de Evaluación.

No.	Factor de escogencia y calificación	Puntaje
1	Factor económico	90
2	Incentivo industria nacional	10
Total		100

FACTOR	REQUISITO	PUNTAJE PARCIAL	PUNTAJE MÁXIMO
<p>La propuesta económica deberá presentarse en forma escrita (anexo No. 2) y deberá incluir los costos de los bienes y/o servicios que la componen.</p> <p>El proponente que ofrezca el menor precio del total de la oferta para el ítem, obtendrá 90 puntos, los demás obtendrán puntaje en forma proporcional descendente. Al factor PRECIO se le asignan (90) puntos, los cuales se otorgarán de acuerdo con el siguiente procedimiento:</p>	<p>Puntaje por precio = $(OMV \times 500) / VOE$</p> <p>Dónde: OMV = Oferta de menor valor. VOE = valor total de la Oferta a evaluar</p>		90
<p>Apoyo a la industria nacional se valora de acuerdo con la certificación anexada</p>	<p>Cuando la totalidad de los bienes a suministrar y del servicio corresponda a Industria Nacional</p>	10	10

	Cuando los bienes a suministrar y los servicios tengan en su componente industria nacional y extranjera (mixto).	5	
	Cuando los bienes a suministrar y los servicios correspondan a Industria Extranjera o cuando la oferta no informe el origen de la industria.	0	
			100

8

Si como resultado de la calificación, dos o más proponentes obtuvieren igual puntaje total entre todas las propuestas y este fuere el mayor de la evaluación final, siempre y cuando se cumpla las condiciones antes previstas, se resolverá el empate de acuerdo a los siguientes criterios:

Se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el mayor puntaje en el primero de los factores de escogencia y calificación establecidos en el pliego de condiciones.

Si persiste el empate se escogerá al oferente que tenga el mayor puntaje en el segundo de los factores de escogencia y calificación establecido en los pliegos de condiciones y así sucesivamente hasta agotar la totalidad de los factores de escogencia y calificación establecidos en el Pliego de Condiciones.

1. Si después de aplicar los anteriores criterios persiste el empate, se entenderá que las propuestas se encuentran en igualdad de condiciones, respetando los compromisos adquiridos por Acuerdos Comerciales, de manera que se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 2.2.1.1.2.2.9. del Decreto 1082 de 2015, así:

1. Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de *bienes* o servicios extranjeros.
2. Preferir las ofertas presentada por una Mipyme nacional.
3. Preferir la oferta presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura siempre que: (a) esté conformado por al menos una Mipyme nacional que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por *ciento* (25%); (b) la Mipyme aporte mínimo el veinticinco por *ciento* (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la Mipyme, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura.
4. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, el *integrante* del oferente que *acredite* que el diez por ciento (10%) de su *nómina* está en condición de discapacidad en los *términos* del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el *consorcio*, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar *mínimo* el *veinticinco* por *ciento* (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.
4. Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto en los términos de referencia del proceso de Contratación.

Como método aleatorio, el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA escogerá el Proponente que haya entregado y radicado su propuesta en la sede del HOSPITAL DEPARTAMENTAL del Municipio de Granada Meta (en el lugar establecido para ello) primero en el tiempo (Dentro del plazo para la entrega de ofertas).

CAPITULO 4 PROCEDIMIENTO PARA LA PONDERACION

A. Factor Económico

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. a partir del valor de las Ofertas debe asignar máximo cien (100) puntos acumulables de acuerdo con la siguiente metodología.

Media geométrica con presupuesto oficial

El puntaje, es decir los noventa (90) puntos, se asignarán a la propuesta de menor valor, respecto los valores unitarios ofertados frente a los valores unitarios descritos en los términos de referencia. Para este factor de ponderaciones se tendrá en cuenta el valor total de la propuesta, confrontado con el valor unitario oficial ofrecido por el Hospital Departamental de Granada E.S.E., siendo la propuesta de menor valor a quien se le otorgará los noventa (90) puntos.

Para las demás propuestas en su orden de clasificación se les otorgará un punto menos y así sucesivamente. En el evento de empate de ofertas de menor valor se dividirán los noventa (90) puntos entre los oferentes que fueren participantes del empate en el factor de ponderación precio.

B. Puntaje de Apoyo a la Industria Nacional

Para apoyar la industria nacional a través del sistema de compras y contratación pública, en la evaluación se asignarán DIEZ (10) puntos equivalentes al 10% del total máximo de puntos asignables a los Proponentes que ofrezcan Servicios Nacionales.

- Se calificará con DIEZ (10) puntos cuando la totalidad de los bienes a suministrar y del servicio corresponda a Industria Nacional.
- Se calificará con CINCO (5) puntos cuando los bienes a suministrar y los servicios tengan en su componente industria nacional y extranjera (mixto).
- Se calificará con cero (0) puntos cuando los bienes a suministrar y los servicios correspondan a Industria Extranjera o cuando la oferta no informe el origen de la industria.

C. Acreditación de Requisitos Habilitantes

El Proponente debe incluir en su Oferta los siguientes documentos:

1. Capacidad Jurídica

1. 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 domiciliadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad Colombiana competente.

2. El proponente persona jurídica deberá acreditar su existencia y representación legal mediante la presentación con la oferta, del certificado correspondiente, (o persona natural cuando sea comerciante) cuya fecha de expedición no deberá ser anterior a los treinta (30) días calendarios previos a la fecha de cierre del presente proceso de contratación, adicionalmente se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

- El objeto social del oferente debe permitir la actividad, gestión y operación que se solicita en este proceso de contratación y en el contrato que de él se derive.
- Para contratar, la persona jurídica oferente deberá demostrar que su duración no será inferior a la duración del contrato y un (1) año más contado a partir de la fecha de liquidación del mismo.
- Autorización del órgano social competente, si el representante legal tiene limitadas las facultades para comprometer al oferente.

10

Si figuran limitaciones en los estatutos para el Representante Legal, deberá adjuntar fotocopia de los mismos.

En caso de prórroga del plazo para la entrega tendrán validez con la primera fecha para la presentación de las propuestas, señalada en este estudio previo.

3. Si la participación es en forma conjunta, los consorcios o uniones temporales en su conformación deberán cumplir con los requisitos previstos en el artículo 7° de la Ley 80 de 1993 y demás normas complementarias; efecto para lo cual debe adjuntar el documento de constitución del consocio o unión temporal.
4. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: El proponente deberá allegar la carta de presentación de la propuesta firmada por el proponente persona natural o el representante legal de la persona jurídica, del consorcio o de la unión temporal, según sea el caso, de conformidad con el anexo No. 1 del Pliego de Condiciones del presente proceso de contratación.
5. CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:
El proponente debe adjuntar 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.

En el caso de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de sus integrantes deberá presentar en forma independiente dicha certificación expedida por el Representante Legal o Revisor Fiscal respectivo según corresponda legalmente.

6. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT. Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.
7. CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (RUP) DE LA CÁMARA DE COMERCIO: El proponente persona natural o jurídica, nacional o extranjero con domicilio o sucursal en Colombia, y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal cuando se utilicen estas figuras, deberán presentar con su oferta la certificación de su inscripción en el Registro Único de Proponentes de la Cámara de Comercio.

Este certificado debe haber sido expedido dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.

La inscripción en el RUP por parte del proponente y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, debe estar vigente y en firme al momento de la adjudicación del proceso, de conformidad con lo señalado en el artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012 y la Circular Externa No. 13 del 13 de junio de 2014 expedida por Colombia Compra Eficiente.

El Hospital verificará el cumplimiento de los requisitos habilitantes (capacidad jurídica, condiciones de experiencia, capacidad financiera, y organizacional de los proponentes), tomando la información inscrita en el RUP, en donde constar dichas condiciones.

Nota 1: La inscripción en el RUP por parte del proponente y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, debe estar vigente y en firme al momento de la adjudicación del proceso, de conformidad con lo señalado en el artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012, en concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.5.1. del Decreto 1082 de 2015, Circular Externa No. 13 del 13 de junio de 2014 expedida por Colombia Compra Eficiente.

Nota 2: Cuando el proponente sea un Consorcio o Unión Temporal, todos sus miembros deberán acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Entidad en el presente numeral.

El proponente deberá encontrarse inscrito y clasificado en el Registro Único de Proponentes en cualquiera de la siguiente clasificación:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
51	10	15	00
51	13	16	00

51	14	29	00
51	18	15	

8. 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 jurídica que presente la propuesta, así como los antecedentes de los representantes legales y personas naturales que conforman los consorcios, uniones temporales y promesas de sociedad futura, en aras de verificar que no reportan antecedentes judiciales. En caso que los antecedentes judiciales del proponente o su representante legal reporte que alguno de estos presenta inhabilidad para contratar con el estado, conforme lo previsto en la Ley 1474 de 2011, la propuesta será **RECHAZADA**.

e12

9. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN: El proponente y todos los integrantes del Consorcio o Unión Temporal, no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan presentar la propuesta y celebrar el contrato.

Los proponentes deberán presentar el Certificado expedido por la Procuraduría General de la Nación, donde conste que ha sido declarados responsables disciplinariamente y que no tienen inhabilidad por ese hecho.

El Hospital 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.

10. 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, el proponente persona natural, o persona jurídica, y/o cada uno de los integrantes del proponente plural (consorcio o unión temporal), 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.

11. PACTO DE TRANSPARENCIA E INTEGRIDAD: deberá aportarse el pacto de transparencia debidamente firmado según formato anexo 3 de los términos de referencia.

2. Experiencia

Certificado del Registro Único de Proponentes –RUP- en firme expedido por la Cámara de Comercio del Proponente singular o de cada uno de los miembros del consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, si el Proponente es plural.

3. Capacidad Financiera y Capacidad Organizacional

Certificado del Registro Único de Proponentes –RUP- expedido por la Cámara de Comercio, del Proponente singular o de cada uno de los miembros del consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, si el Proponente es plural.

C. Oferta Económica

LA OFERTA ECONOMICA SE DEBE PRESENTAR, IDENTIFICANDO: EL NOMBRE DEL PRODUCTO, PRESENTACION, CANTIDAD, MARCA, LABORATORIO FABRICANTE, PRECIO UNITARIO, C.U.M.

13

Parágrafo Primero: El oferente deberá anexar un índice adicional en lo que respecta al código único nacional de medicamentos. (C.U.M) de los insumos a adquirir.

Parágrafo Segundo: La propuesta se presentará en cuadernos no superiores a 200 folios.

El Proponente debe incluir en su Oferta el formato diligenciado del Anexo 2.

En los cuadros señalados, es necesario presentar propuesta económica por precios unitarios de cada insumo y/o elemento; el valor total de la propuesta económica corregida se evaluará de acuerdo a los criterios establecidos en el Numeral VI de los términos de referencia; y será tenida en cuenta para la ponderación de la evaluación económica y los precios unitarios propuestos serán los que pagará el Hospital durante la ejecución del contrato hasta su liquidación; **el valor total de la propuesta hace parte del presupuesto oficial.** Así mismo se aclara que la adjudicación del proceso se realizará por el valor de la propuesta.

Los precios unitarios no están sujetos a reajuste alguno durante el tiempo de ejecución del contrato ni de sus adiciones, si las hubiere, razón por la cual el oferente deberá prever desde la presentación de la oferta los posibles incrementos que se ocasionen.

El valor total de la propuesta económica será tomada de los valores unitarios de cada uno de los insumos requeridos.

D. Oferta Técnica

El Proponente dentro de su oferta técnica deberá acreditar:

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS FUNDAMENTALES DE LOS INSUMOS Y/O ELEMENTOS REQUERIDOS

Los requerimientos técnicos se constituyen como los requisitos mínimos de orden técnico que se deben ofertar y se advierte que la omisión de alguno de ellos, será causal de rechazo de la propuesta.

Para efectos del cumplimiento de los requisitos técnicos mínimos exigidos para participar en el proceso de selección, el proponente deberá manifestar que cumplirá con todas las especificaciones técnicas, calidades exigidas, requerimientos mínimos obligatorios para los diferentes bienes a suministrar.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**



Listado y cantidad de bienes a suministrar

1. La descripción y cantidad de los elementos que requiere el Hospital Departamental de Granada E.S.E., se describen a continuación para la el suministro de insumos requeridos, por el Hospital (cantidades) de acuerdo a la necesidad del servicio:

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION
1	ACETAMINOFEN	TABLETA *500 MG
2	ACETAMINOFEN	FRASCO 150MG/5ML 60 ML
3	ACETAZOLAMIDA	TABLETA*250 MG
4	ACETIL CISTEINA	SOBRE 600 MG* 5 GR
5	ACETIL SALICILICO ACIDO	TABLETA*100MG
6	ACETILCISTEINA 300 MG/3ML AMPOLLA	AMPOLLA
7	ACETILCISTEINA SOLUCION PARA NEBULIZAR	FRASCO
8	ACICLOVIR	TABLETA *200MG
9	ACICLOVIR	AMPOLLA 250 MG/10 ML
10	ACICLOVIR 5 % CREMA TOPICA	TUBO 15 GR
11	ACIDO TRANEXAMICO	500 MG AMPOLLA*5 ML
12	ACIDO TRANEXAMICO	AMPOLLA * 5 ML
13	ADENOSINA	SOLUCION INYECTABLE 6MG/2ML
14	ADRENALINA	SOLUCION INYECTABLE 1 MG / 1 ML
15	ALBENDAZOL	SUSP.400 MG/10 ML
16	ALBENDAZOL	TABLETA* 200MG
17	ALBUMINA HUMANA	20% FRASCO* 50ML
18	ALBUMINA HUMANA	20% FRASCO* 50ML
19	ALCOHOL POLIVILINICO	SOLUCION OFTALMICA 1,4% FRASCO * 15 ML
20	ALFAMETILDOPA	TABLETAS*250MG
21	ALITRAQ	SOBRES* 76 GR
22	ALOPURINOL	TABLETA 100 MG
23	ALOPURINOL	TABLETA 300 MG
24	ALPRAZOLAM	TABLETA*0.50MG
25	ALPRAZOLAM	TABLETA*0.25MG
26	ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO	FRASCO X 350 ML
27	AMANTADINA	TABLETA 100 MG
28	AMIKACINA	AMPOLLA*500MG/2ML
29	AMINIFILINA	SOL INYECTABLE X 240MG
30	AMIODARONA	AMPOLLA 150 MG/3 ML
31	AMIODARONA	TABLETA 200 MG
32	AMITRIPTILINA	TAB X 25MG
33	AMLODIPINO	TABLETA*5MG
34	AMOXACILINA	FRASCO * 250MG/5ML*100ML
35	AMOXICILINA TAB O CAP 500MG	TABLETA

14



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.

36	AMPICILINA	CAPSULAS*500 MG
37	AMPICILINA	SUSPENSION 250 MG/5 ML
38	AMPICILINA	AMPOLLA 1 GR
39	AMPICILINA + SULBACTAM	1,5 GR SOL.INY.POLVO /6 ML
40	AMPICILINA SODICA	AMPOLLA 500 MG
41	ANFOTERICINA B	POLVO INY 50 MG
42	ASCORBICO ACIDO	FRASCO * 200 MG*30ML
43	ASCORBICO ACIDO	TABLETAS 500MG
44	ATORVASTATINA	TABLETA 40 MG
45	ATROPINA	AMPOLLA 1 MG/1 ML
46	AZITROMICINA	TABLETA 500 MG
47	AZITROMICINA	SUSPENSION 250 MG
48	BECLOMETASONA	250 MCG INHALADOR*200 DOSIS
49	BECLOMETASONA BUCAL	INHALADOR FRASCO*200DOSIS/50MG
50	BECLOMETASONA NASAL AEROSOL 50 MCG	NASAL AEROSOL 50 MCG
51	BENZOATO DE BENCILO LOCION	25% FRASCO * 120 ML
52	BERIPLAST	AMPOLLA 3 ML
53	BETAMETASONA	AMPOLLA*4MG/ML
54	BETAMETASONA	CREMA TOPICA
55	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO SUSP INYECTABLE 3MG/3MG	AMPOLLA
56	BETAMETILDIGOXINA	AMPOLLA 0.2MG/2ML
57	BETAMETILDIGOXINA	TABLETA 0,1 MG
58	BETAMETILDIGOXINA(LANITOP)	0.6 MG SOLUCION * 10 ML
59	BICARBONATO DE SODIO	AMPOLLA 10 MEQ/10 ML
60	BIPERIDENO	AMPOLLA 1 ML
61	BIPERIDENO	TABLETA*2MG
62	BISACODILO	TABLETA5*MG
63	BROMOCRIPTINA	TABLETA 25 MG
64	BROMURO DE PANCUNORIO	4 MG / 2ML AMPOLLA
65	BROMURO DE ROCURONIO	AMPOLLA 50 MG/5 ML
66	BROMURO DE ROCURONIO	AMPOLLA 50 MG/5 ML
67	BUPIVACAINA SIMPLE	AMPOLLA 0,5 %/20ML
68	BUPIVACAINA SIMPLE	AMPOLLAS 0.5% 10 ML
69	BUPIVACAINA+DEXTROSA(PESADA)SL	AMPOLLA 0.5%/4 ML
70	CAFEINA + ERGOTAMINA	TABLETA 1 MG + 100 MG
71	CALCIO CARBONATO	TABLETA*600 MG
72	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D	TABLETA 600 MG+200 UI
73	CALCITRIOL	CAPSULA 0.25 MCG
74	CAPTOPRIL	TABLETA*50MG

15



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

75	CAPTOPRIL	TABLETA *25 MG
76	CARBAMAZEPINA	SUSP 2 G FRASCO*120 ML
77	CARBAMAZEPINA	TABLETA*200 MG
78	CARBON ACTIVADO	SUSPENSION 50 GRAMOS/250 ML
79	CARBOXIMETILCELULOSA	SOLUCION OFTALMICA
80	CARVEDIOL	TABLETA*25MG
81	CARVEDIOL	TABLETA 6.25 MG
82	CARVEDIOL	TABLETA 12.5 MG
83	CASPOFUNGINA	AMPOLLA 50 MG
84	CEFALEXINA	CAPSULA*500MG
85	CEFALEXINA	FRASCO250MG/5ML*60ML
86	CEFALOTINA	AMPOLLA*1 GR/5 ML
87	CEFAZOLINA	AMPOLLA 1 GR
88	CEFEPIME	AMPOLLA*1 GR/10 ML
89	CEFTRIAXONA	AMPOLLA*1 GR/10 ML
90	CEFUROXIMA SUSPENSION	FRASCO 25 MG *70ML
91	CETIRIZINA	JARABE 1MG/ML
92	CETIRIZINA	TABLETA*10 MG
93	CIANOCOBALAMINA	B-12 Mg Fco 10 ml
94	CIPROFIBRATO	TABLETA 100 MG
95	CIPROFLOXACINA	AMPOLLA 100MG/10ML
96	CIPROFLOXACINA	TABLETA 500MG
97	CISATRACORIO SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE 10MG/5ML
98	CLARITROMICINA	TABLETA*500MG
99	CLARITROMICINA	AMPOLLA 500 MG
100	CLARITROMICINA	SUSPENSION 2% FRASCO *45 ML
101	CLINDAMICINA	AMPOLLA*600MG/4 ML
102	CLINDAMICINA	CAPSULA*300 MG
103	CLONAZEPAM	TABLETA 2 MG
104	CLONAZEPAM	SOLUCION ORAL
105	CLONAZEPAM	TAB X 0.5MG
106	CLONIDINA	TABLETA*150MCG
107	CLOPIDOGREL	TABLETA*75MG
108	CLORFENIRAMINA	JARABE 2 MG/ 5 ML
109	CLORFENIRAMINA	TABLETA 4 MG
110	CLOROQUINA	TABLETAS
111	CLOTRIMAZOL	1% CREMA TOPICA*40 GRS
112	CLOTRIMAZOL	1% CREMA VAGINAL*40 GRS
113	CLOTRIMAZOL	TABLETAS VAGINALES 100 MG
114	CLOZAPINA	TABLETA *25MG
115	CLOZAPINA	TABLETA *100MG
116	COLCHICINA	TABLETA 0.5 MG

16



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





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**

117	COLISTINA + CORTICOIDE + NEOMICINA	SOLUCION OTICA
118	COMPLEJO B	TABLETAS
119	CORTICOIDE POLIMIXINA+NEOMICIN A+DEXAMETASONA	B 6000 UI+3.500 MG+1.00 MG SOL,OFTALMICA *5 ML
120	CROTAMITON LOCION 10%	FRASCO 10%
121	DABIGATRAN	TABLETA 110 MG
122	DEXAMETASONA	AMPOLLA*8MG/2ML
123	DEXAMETASONA SOL INY 4MG/ML	AMPOLLA
124	DIAZEPAN	AMPOLLA*10 MG/2 ML
125	DICLOFENACO	TABLETA * 50 MG
126	DICLOFENACO	AMPOLLA 75MG/3ML
127	DICLOXACILINA	CAPSULA*500MG
128	DICLOXACILINA	250 mg/5 mL-Fco. x 80 mL
129	DIFENHIDRAMINA HCL	JARABE
130	DIMENHIDRINATO	TABLETA*50MG
131	DIPIRONA SLN	AMPOLLA 1 GR /2 ML
132	DOBUTAMINA 250 MG / 20 ML AMPOLLA * 1	AMPOLLA
133	DOMPERIDONA	TABLETA 10 MG
134	DOPAMINA	200 MG AMPOLLA *5ML
135	DOXICICLINA	TABLETA 100 MG
136	EFAVIRENZ TABLETA 600 MG	TABLETA 600 MG
137	ELEMENTOS TRAZAS VIASL X 5 ML	ELEMENTOS TRAZA
138	ENALAPRIL	TABLETA*5MG
139	ENALAPRIL	TABLETA*20MG
140	ENOXAPARINA SLN	AMPOLLA 40MG/0.4ML
141	ENOXAPARINA SOD	AMPOLLA 60MG/0.6ML
142	EPAMIN (FENITOINA)	FRASCO *240 ML
143	ERITROMICINA	FRASCO 250MG/5 ML*60 ML
144	ERITROMICINA	TABLETA*500 MG
145	ERITROPOYETINA	AMPOLLA*2.000UI
146	ESCITALOPRAM	TABLETAS 10 MG
147	ESOMEPRAZOL TABLETA 20 MGB	TABLETA 20 MGB
148	ESPIRAMICINA	TABLETA*3,000 UI
149	ESPIRONOLACTONA	TABLETAS*25MG
150	ESTREPTOQUINASA	AMPOLLA*1.500UI / 5 ML
151	ESTROGENOS CONGUGADOS	CREMA VAG.
152	ETILEFRINA SLN	AMPOLLA 10MG/ML
153	FENITOINA	AMPOLLA*250MG/5ML
154	FENITOINA	TABLETA 100 MG
155	FENOTEROL + IPRATROPIO	SOL PARA NEBULIZAR
156	FENTANILO 0.5 MG/10ML AMPOLLA * 1 -CONTROL	AMPOLLA 0.05MG/ML
157	FENTANILO 0.5 MG/10ML AMPOLLA * 1 -CONTROL	AMPOLLA 0.05MG/ML



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.

158	FLUCONAZOL	AMPOLLA 200MG/100 ML
159	FLUCONAZOL	CAPSULA 200 MG
160	FLUNARIZINA	TABLETA 10 MG
161	FLUOROMETALONA	SOLUCION OFTALMICA 0,1% x 5 ml
162	FLUOXETINA	TABLETA *20MG
163	FLUOXETINA	SUSPENSION ORAL*20 MG/5 ML
164	FOLICO ACIDO TABLETA 1MG	TABLETA
165	FORMOTEROL+BUDESONIDA	CAPSULA PARA INHALAR 6/200
166	FUROATO MOMETASONA PRED	SPRAY NASAL x 10 G
167	FUROSEMIDA	TABLETA 40 MG
168	FUROSEMIDA	AMPOLLA*20MG/2ML
169	GEMFIBROZILO	TABLETA*600 MG
170	GENTAMICINA	CREMA TOPICA 40 GR
171	GENTAMICINA	SOLUCION OFTALMICA 3MG FRASCO*15 ML
172	GENTAMICINA SLN	AMPOLLA INY 80 MG/2 ML
173	GENTAMICINA SLN	AMPOLLA 160MG/2ML
174	GLIBENCLAMIDA	TABLETA 5 MG
175	GLUCONATO DE CALCIO	AMPOLLA
176	GLUCOSAMIDA+CONDROITINA	SOBRE
177	GLUCOSAMINA SULFATO 1500 MG	SOBRE 1500 MG
178	HALOPERIDOL	TABLETAS*5MG
179	HALOPERIDOL	FRASCO 10MG/ML *10 ML
180	HALOPERIDOL SLN	AMPOLLA*5MG/ML
181	HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR	AMPOLLA 5000 UI / 2 ML
182	HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR	AMPOLLA 2500 UI /2 ML
183	HEPARINA SODICA	AMPOLLA 5000 UI/ML
184	HEPATEC	AMPOLLA
185	HIDOCORTISONA CREMA 1%	CREMA
186	HIDROCLOROTIAZIDA	TABLETA*25MG
187	HIDROCORTISONA REC	AMPOLLA 100 MGS/2 ML
188	HIDROXICINA	SOLUCION INYECTABLE 100MG/2ML
189	HIDROXICINA	JARABE 0.25 %
190	HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO (PROLUTON DEPO)	AMPOLLA 250 MG
191	HIERRO FERROSO	TABLETA 300 MG
192	HIERRO FERROSO	FRASCO 2.5% *120 ML
193	HIERRO PARENTERAL	AMPOLLA*100 MG
194	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	AMPOLLA 20MG/ ML
195	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	TABLETA*10MG
196	IBUPROFENO	TABLETA *400MG
197	IBUPROFENO	JARABE
198	IBUPROFENO	INYECTABLE 10 MG/ML



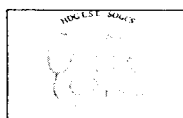
" UN HOSPITAL PARA TODOS"
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050
www.hospitalgranada.gov.co E-mail: información@hospital granada .gov.co





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**

199	IMIPENEM + CILASTATINA	POLVO 500MG/10 ML
200	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	TABLETA *25MG
201	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI D (RH0)	250 MCG AMPOLLA * 2 ML
202	INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERIMUNE CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	AMPOLLA 100 UI *2ML
203	INSULINA GLARGINA SLN INY 100 UI/10 ML	AMPOLLA * 10 ML
204	INSULINA LISPRO	AMPOLLA 100 UI/ML
205	INSULINA ZINC CRISTALINA	100 UI AMPOLLA * 10 ML
206	INSULINA ZINC NPH	100 UI AMPOLLA * 10 ML
207	IPRATROPIO BROMURO INHALADOR	FRASCO 20 MCG INHALADOR
208	IPRATROPIO BROMURO SOLUCION P/NEBULIZAR	SOL PARA NEBULIZAR
209	ISOSORBIDE DINITRATO	TABLETA*10MG
210	ISOSORBIDE DINITRATO	TABLETA 5 MG
211	IVERMECTINA	GOTAS
212	KETAMINA I.V	500 MG/10 MG AMPOLLA*10 ML
213	KETOCONAZOL	TABLETA 200 MG
214	KETOPROFENO 2.5%	TUBO 30 GR
215	KETOTIFENO	TABLETA 1 MG
216	KETOTIFENO 1MG/5ML	JBE FRASCO * 100 ML
217	LABETALOL	AMPOLLA 10 MG/20ML
218	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	150 MG+300 MG TABLETAS
219	LAMIVUDINA SOLUCION ORAL	10 MG/ML FRASCO 240 ML
220	LEVETIRACETAM	TABLETA 500 MG
221	LEVODOPA+CARBIDOPA	TABLETA 25/250 MG
222	LEVOMEPRIMAZINA	GOTAS 4% *20 ML
223	LEVOMEPRIMAZINA	TABLETA*25MG
224	LEVOMEPRIMAZINA	TABLETA*100MG
225	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL * 21	TABLETAS
226	LEVONORGESTREL 0.75 MG	TABLETA 0.75 MG
227	LEVONORGESTREL TABLETA 0.75 MG	TABLETA 0.75 MG
228	LEVOTIROXINA	TABLETA*100MCG
229	LEVOTIROXINA	TABLETA*50MCG
230	LIDOCAINA	TUBO 2%JALEA*30 ML
231	LIDOCAINA	AMPOLLA 2% S.E.*50 ML
232	LIDOCAINA	AMPOLLA*2%CE*50 ML
233	LIDOCAINA	FRASCO AEROSOL AL 10%
234	LIDOCAINA	AMPOLLA 1%CE*20 ML
235	LIDOCAINA	AMPOLLAS 1% S.E*10 ML
236	LIDOCAINA + DEXAMETASONA	UNGÜENTO PROCTOLOGICO
237	LINEZOLID	BOLSA 600 MG/300 ML
238	LITIO CARBONATO TAB 300MG	TABLETA
239	LOPERAMIDA	TAB X 2MG
240	LOPINAVIR + RITONAVIR	SUSPENSION ORALX 160 ML
241	LOPINAVIR + RITONAVIR	TABLETA 200/50 MG



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.

242	LORATADINA	FRASCO 1MG/ML *60ML
243	LORATADINA	TABLETA *10MG
244	LORAZEPAM	TABLETA*2MG
245	LORAZEPAM	TAB X 2MG
246	LOSARTAN	TABLETA *50MG
247	LOSARTAN	TABLETA*100
248	LOVASTATINA	TABLETA *20MG
249	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	TABLETA*5MG
250	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	150 MG FRASCO /3 ML
251	MELOXICAM	TABLETA 7.5 MG
252	MELOXICAM	TABLETA 15 MG
253	MEROPENEM 1 GR	1 GR AMPOLLA/10 ML
254	MEROPENEM 500 MG	500 MG VIAL
255	METFORMINA	TABLETA*850MG
256	METHERGIN	AMPOLLA
257	METILPREDNISOLONA	AMPOLLA*500MG/10 ML
258	METOCARBAMOL	TABLETA*750MG
259	METOCLOPRAMIDA	AMPOLLA 10ML/2ML
260	METOCLOPRAMIDA	TABLETA*10 MG
261	METOCLOPRAMIDA	GOTAS FRASCO*30 ML
262	METOPROLOL	TABLETA *50MG
263	METOPROLOL	AMPOLLA * 1MG/ 5 ML
264	METOTREXATE	AMPOLLA 50 MG
265	METOTREXATO	TABLETA*2,5 MG
266	METRONIDAZOL	TABLETA VAG*500 MG
267	METRONIDAZOL	SOLUCION PARENTERAL *5.0000 MG/100ML
268	METRONIDAZOL	TABLETA*500MG
269	METRONIDAZOL	SUSPENSION 250 MG/ML*120 ML
270	MIDAZOLAM	AMPOLLA 5MG/5ML
271	MIDAZOLAM	AMP X 15MG
272	MINOXIDIL TABLETA 10 MG	TABLETA 10 MG
273	MISOPROSTOL (CYTIL)	TABLETA*200 MGC
274	MISOPROSTOL (CYTIL)	TABLETA*25 MCG
275	MONTELUKAST	TABLETA* 10 MG
276	MONTELUKAST	TABLETA*5 MG
277	MOSAPRIDA CITRATO	TABLETA *5 MG
278	NALOXONA	AMPOLLA*0.4MG/1 ML
279	NAPROXENO	TABLETA*250MG
280	NAPROXENO	SUSPENSION 125 MG/5 ML*80 ML
281	NEOSTIGMINA	0,5 AMPOLLA * 2 ML
282	NEVIRAPINA	SUSPENSION ORAL 50 MG/ 5 ML
283	NIFEDIPINO RETARD	TABLETA*30 MG
284	NIMODIPINO	30 MG TABLETA

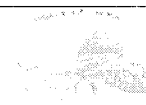


" UN HOSPITAL PARA TODOS"
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050
www.hospitalgranada.gov.co E-mail: información@hospital granada .gov.co





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**

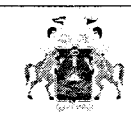


285	NISTATINA 100,000 UL /ML	SUSPENSION *60 ML
286	NITROFURANTOINA	TABLETA *100MG
287	NITROFUZAZONA POMADA	FRASCO*500 GRAMOS
288	NITROGLICERINA	AMPOLLA 5MG/5ML 10 ML
289	NITROGLICERINA D.A.D	50 MG FRASCO X 250 ML
290	NITROPRUSIATO DE SODIO	AMPOLLA*50 MG
291	NOREPINEFRINA	AMPOLLA*4MG/4ML
292	NORFLOXACINO	400 MG TABLETAS
293	OLANZAPINA	TABLETAS 10 MG
294	OLANZAPINA	TABLETAS 5 MG
295	OMEPRAZOL	CAPSULA*20MG
296	OMEPRAZOL	AMPOLLA*40MG/10 ML
297	ONDASETRON SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA 8 MG
298	OXACILINA	POLVO X 1 GRAMO/6 ML
299	OXIMETAZOLINA	SOL NASAL 0,25 MG
300	OXITOCINA	AMPOLLA 10 UI / ML
301	PENICILINA	AMP X 1.200.000UI
302	PENICILINA G. BENZATINICA	AMPOLLA 2.400.000UI
303	PENICILINA G. SODICA	AMPOLLA 1.000.000UI/ 6 ML
304	PENICILINA G.SODICA	AMPOLLA 5.000.000UI
305	PENTOXIFILINA LP	400 MG TABLETA
306	PIPERACILINA/TAZOBACTAM	AMPOLLA 4.0 GR +0.5 GR /20 ML
307	PIPOTIAZINA	AMPOLLA 25 MG/1 ML
308	PIRANTEL PAMOATO	SUSPENSION 5% FRASCO*30 ML
309	PIRANTEL PAMOATO	250 MG TABLETAS
310	PIROXICAM 40 MG AMPOLLA	AMPOLLA 40 MG
311	PIROXICAM GEL	TUBO X 30 GR
312	POLIMERIZADO DE GELATINA	AMPOLLA 4% * 500 KM
313	POLIMIXINA B	AMPOLLA 500.000 UI
314	POTASIO CLORURO	AMPOLLA 1.49 G/10ML
315	POTASIO GLUCONATO ELIXIR	FRASCO 31.2 % ELIXIR *180 ML
316	PRAZOSINA	TABLETA* 1MG
317	PREDNISOLONA	TABLETA *5MG
318	PREDNISOLONA+FENILEFRINA	10 MG+ 1,20 MG SOL.OFTALMICA* 5 ML
319	PREGABALINA	TABLETA 75 MG
320	PRIMAQUINA	TABLETA*15 MG
321	PROPANOLOL	TABLETA*80 MG
322	PROPANOLOL	TABLETA*40 MG
323	PROPOFOL 1% * 20 ML	AMPOLLA 10 MG/ML
324	PROPOFOL 1% * 20 ML	AMPOLLA 10 MG/ML
325	RANITIDINA	AMPOLLA 50MG/2ML
326	RANITIDINA	TABLETA*150MG
327	REMIFENTANILO 2 MG *10 ML	AMPOLLA 2 MG

21



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.

328	RIFAMPICINA 300 MG	TABLETA
329	RISPERIDONA	TABLETA 1 MG
330	RISPERIDONA	TABLETA 2 MG
331	SALBUTAMOL INHALADOR	FRASCO 100MCG/200 DOSIS
332	SALBUTAMOL SOLUCION	5MG FRASCO SOLUCION 15ML
333	SALES DE REHIDRATAACION	SOBRE
334	SALMETEROL + FLUTICASONA	AEROSOL BUCAL X 25 + 125 MCG /PUV
335	SERTRALINA	50 MG TABLETAS
336	SERTRALINA	TABLETAS 100 MG
337	SEVOFLURANO	100% FRASCO*250 ML
338	SEVOFLURANO	100% FRASCO*250 ML
339	SILDENAFIL	50 MG
340	SILDENAFIL	TABLETA 25 MG
341	SODIO CLORURO	AMPOLLA 20 MQE
342	SODIO FOSFATO ENEMA RECTAL	BOLSA * 133 ML
343	SUCCINILCOLINA	AMP 1.000MG/10ML
344	SUCCINILCOLINA	AMP 1.000MG/10ML
345	SUCRALFATO	TABLETA * 1MG
346	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	AMPOLLA * 10 ML
347	SULFADIAZINA DE PLATA	TUBO X 30 GR
348	SULFADOXINA + PIRITAMINA	TABLETA 500 MG+25 MG
349	SULFATO DE MAGNESIO	SOLUCION INYECTABLE 20%
350	SULFATO DE ZINC	2MG/ML SOLUCION ORAL
351	SULTAMICILINA 250 MG/5 ML	FRASCO * 60 ML
352	TAMSULOSINA	TABLETA 0.4 MG
353	TEOFILINA	TABLETA 125 MG
354	TEOFILINA	CAPSULA 300 MG
355	TERBUTALINA	AMPOLLA 0.5 MG
356	TIAMINA	TABLETA*300MG
357	TIAMINA	100 MG/ ML AMPOLLA
358	TIMOLOL MALEATO	SOL.OFTALMICA * 5 ML
359	TINIDAZOL	TABLETA*500MG
360	TINIDAZOL	200 MG SUSPENSION *15 ML
361	TIOPENTAL POLVO	FRASCO*1 GRAMO
362	TIZANIDINA	TABLETA 4 MG
363	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA	SOLUCION OFTALMICA
364	TOXOIDE TETANICO ANATOXINA	AMPOLLA 0.5ML*10 ML
365	TRAMADOL	100 MG AMPOLLA/2 M.L
366	TRAMADOL	SOLUCION ORAL 100 MG*10 ML
367	TRAZODONA CLORHIDRATO	TABLETA 50 MG
368	TRIMEBUTINA	TABLETA 200 MG
369	TRIMETOPRIM +SULFAMETOXAZOL	TABLETAS 160 MG /800 MG
370	TRIMETOPRIM +SULFAMETOXAZOL	TABLETAS 800 MG /400 MG



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





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**

Yolgar

371	TRIMETOPRIM +SULFAMETOXAZOL	40 MG/ 200 MG FRASCO*120 ML
372	VACUNA ANTIRRABICA	AMPOLLA
373	VACUNA NEUMOCOCO POLISACARI AMPOLLA*5 ML	AMPOLLA * 5 ML
374	VALPROATO DE SODIO	AMPOLLA 500MG/5 ML
375	VALPROICO ACIDO	TABLETA *250MG
376	VALPROICO ACIDO	FRASCO 5,00 G *120 ML
377	VANCOMICINA	500 MG AMPOLLA*10 ML
378	VARITEC 10%	AMPOLLA * 5ML
379	VASOPRESINA	20 UI AMPOLLA
380	VERAPAMILO	TABLETAS*80 MG
381	VERAPAMILO CLORHIDRATO TABLETA 120 MG	TABLETA
382	VITAMINA A CAPSULA	CAPSULA 50.000 UI
383	VITAMINA K SLN	AMPOLLA 10MG/1 ML
384	VITAMINA K SLN	AMPOLLA 1 MG/1 ML *PEDIATRICA
385	WARFARINA SODICA	TABLETA *5MG
386	XARELTO 15 MG TABLETAS	TABLETA 15 MG
387	ZIDOVUDINA	SUSPENSION ORAL 10 MG/ML
388	ZIDOVUDINA	SOLUCION INYECTABLE

23

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS QUE SE DEBEN EJECUTAR Y/O EXIGIR DE LOS PRODUCTOS QUE SE VAN A COMPRAR:

- Registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA. de los productos relacionados anteriormente.
- Certificado de Buenas prácticas de manufacturación BPM, y/o certificado de calidad de fabricación ISO 13485, certificado de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento (CCAA), certificado de cumplimiento de condiciones sanitarias. Según corresponda si es fabricante o importador.
- Acta de la última visita efectuada por la secretaria de salud distrital.

E. Declaratoria de Desierta

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. declarará desierto el presente proceso de selección cuando: (a) no se presenten Ofertas; (b) ninguna de las Ofertas resulte admisible en los factores jurídicos, técnicos, financieros y de experiencia previstos en términos de referencia; (c) existan causas o motivos que impidan la escogencia objetiva del Proponente; (d) el representante legal del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. su delegado no acoja la recomendación del comité evaluador y opte por la declaratoria de desierto del proceso, caso en el cual deberá motivar su decisión; y (e) se presenten los demás casos contemplados en la ley.

VII. Riesgos

De acuerdo con la metodología de Colombia Compra Eficiente, a continuación se identifican los Riesgos del Proceso de Contratación desde su planeación hasta su liquidación:

Tabla 2 Matriz de Riesgos. Documento anexo

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

Esta matriz se encuentra también publicada en los estudios y documentos previos.

VIII. Garantías

B. Garantía de Cumplimiento

El contratista se obliga a constituir, suscribir y presentar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de perfeccionamiento del contrato, una garantía de cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato, a favor de la Entidad Contratante.

La garantía de cumplimiento debe tener los siguientes amparos:

Tabla 10 – Suficiencia, vigencia y amparos de la garantía de cumplimiento.

Garantía	PRE- CONTRACTU AL	CONTRACTU AL	POST- CONTRACTU AL	APLICA		Porcen taje (%)	Plazo
				SI	NO		
Amparo de cumplimiento		X		X		10	Igual al término de ejecución del contrato y seis (6) meses más contadas a partir de la expedición de las garantías
Calidad de los bienes suministrados				X		10	Igual al término de ejecución del contrato y seis (6) meses más contadas a partir de la expedición de las garantías
Garantía De responsabilidad civil extracontractual				X		200 smlv	El valor equivalente es del 20 % del valor del contrato y en ningún caso será inferior a doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La Garantía podrá consistir en: Contrato de Seguro contenido en una Póliza.

Cuando la oferta es presentada por un proponente plural, como Unión Temporal, Consorcio o promesa de sociedad futura, la garantía debe ser otorgada por todos sus integrantes.

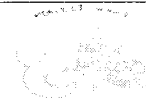
El mecanismo para restablecer la garantía, cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adiccionarla, corresponderá al descuento directo del valor requerido para su restablecimiento, del monto adeudado al contratista correspondiente al 10% del valor del contrato pagaderos al momento de la liquidación del mismo.

CAPITULO 4 CONDICIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.



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.
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.

25

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

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

1. Desarrollar el objeto del contrato, de conformidad con la naturaleza del servicio, los presentes estudios previos y la propuesta presentada por el contratista.
2. Aceptar los procedimientos administrativos que determine el HOSPITAL, para la ejecución del contrato.
3. Las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato.
4. Ofrecer insumos médicos que cuenten con los requisitos mínimos de Ley (registro INVIMA y BPM).
5. Mantener fijos e inmodificables durante la ejecución del contrato los precios ofertados en la propuesta presentada, la cual hará parte integral del contrato.
6. La oferta deben contener las especificaciones técnicas y garantías de calidad de los insumos requeridos.
7. El contratista debe tener disponibilidad de los insumos en mención.
8. El contratista deberá suministrar los elementos solicitados en un 100% al Hospital Departamental de Granada E.S.E, dentro de las 24 horas siguientes al requerimiento.
9. 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 de los productos objeto del contrato.
10. Atender las visitas de auditoria que la entidad considere necesario realizar a las instalaciones del contratista.



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





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**



OBLIGACIONES ENTIDAD - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

1. El HOSPITAL brindará al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo del objeto contratado:
2. Garantizar elementos y/o la información necesaria para el cumplimiento del objeto.
3. Ejercer la Supervisión y seguimiento permanente de la ejecución contractual.
4. Exigir el cumplimiento de las obligaciones por parte del CONTRATISTA.
5. Pagar el valor del contrato en los términos pactados y en la forma como quede establecida en el mismo.
6. La entidad pública contratante no contraerá ninguna obligación y/o relación laboral, ninguna obligación de tal naturaleza corresponde al HOSPITAL y éste no asume responsabilidad solidaria alguna.
7. El Hospital entregara en calidad de arrendamiento al contratista las instalaciones donde funciona la cocina, con los equipos y elementos que en la misma disponga mediante inventario solemne, al inicio del contrato, el valor del arrendamiento incluye el pago de los servicios públicos que se llegaren a causar por el uso de esa dependencia del Hospital.

26

SUPERVISIÓN

1. Cumplir con las obligaciones de control y vigilancia establecidas por la Ley 1474 de 2011, demás normas y disposiciones concordantes.
2. Verificar el cumplimiento del objeto contractual y de las obligaciones contraídas por las partes.
3. Elaborar los informes de cumplimiento de la ejecución del contrato si se solicitan y las actas a que haya lugar, remitiéndolos de manera oportuna a las instancias correspondientes.
4. Verificar la realización del objeto del presente contrato en los términos y condiciones pactados en el mismo.
5. Suscribir las actas de iniciación, de recibo parcial, y a satisfacción de los servicios objeto del presente contrato y remitirlas a la Gerencia para el respectivo archivo.
6. Revisar e impartir visto bueno a los informes mensuales presentados por el CONTRATISTA y remitirlos a la Gerencia para el respectivo archivo.
7. Suscribir los demás documentos que se generen en desarrollo del presente contrato y enviarlos a la Oficina de Gerencia.
8. Solicitar oportunamente las adiciones o modificaciones al contrato, cuando sea procedente.
9. Si durante la ejecución del contrato o al vencerse el término estipulado en él, se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, deberá informar inmediatamente al ordenador del gasto.
10. Suscribir la certificación del cumplimiento y/o recibo a satisfacción del objeto contractual, con el fin de proceder al pago correspondiente, previa verificación del cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y riesgos laborales, en los porcentajes de ley.

IX. Cronograma

El siguiente es el Cronograma del Proceso de Contratación

ACTIVIDAD	FECHA Y HORA	LUGAR
-----------	--------------	-------



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





	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.	
---	---	--

PUBLICACIÓN REFERENCIA	TERMINOS DE	04 de Abril de 2018	SECOP Página electrónica www.colombiacompra.gov.co <i>Portal único de Contratación.</i>
PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS Y CIERRE DEL PROCESO		10 de Abril de 2018 hasta las 11:00 hrs	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS HABILITANTES, EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS		11 de Abril de 2018	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
ADJUDICACIÓN O DECLARATORIA DESIERTA		11 de Abril de 2018	Página electrónica www.colombiacompra.gov.co <i>Portal único de Contratación.</i>
ELABORACIÓN Y FIRMA DE LA MINUTA CONTRACTUAL		12 de Abril de 2018	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN		DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS SIGUIENTES	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página electrónica www.colombiacompra.gov.co <i>Portal único de Contratación.</i>

Cordialmente,



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

Proyectó Jurídicamente:	Bertha Amanda Perilla Villamil – Asesor Jurídico- contrato 099 de 2018 Hospital Departamental de Granada E.S.E.	
Proyecta Técnicamente	Alirio Preciado Ramirez – Profesional Almacén - Hospital Departamental de Granada E.S.E.	

ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVITACIÓN

Ciudad y fecha

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Ciudad

REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 0122 DE 2018, PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E

28

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 CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para la "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 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 cerrada con formalidades plenas 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.

29

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.

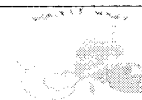
Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente
Atentamente,

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.



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**



ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION	iva	Valor unitario
1	ACETAMINOFEN	TABLETA *500 MG		
2	ACETAMINOFEN	FRASCO 150MG/5ML 60 ML		
3	ACETAZOLAMIDA	TABLETA*250 MG		
4	ACETIL CISTEINA	SOBRE 600 MG* 5 GR		
5	ACETIL SALICILICO ACIDO	TABLETA*100MG		
6	ACETILCISTEINA 300 MG/3ML AMPOLLA	AMPOLLA		
7	ACETILCISTEINA SOLUCION PARA NEBULIZAR	FRASCO		
8	ACICLOVIR	TABLETA *200MG		
9	ACICLOVIR	AMPOLLA 250 MG/10 ML		
10	ACICLOVIR 5 % CREMA TOPICA	TUBO 15 GR		
11	ACIDO TRANEXAMICO	500 MG AMPOLLA*5 ML		
12	ACIDO TRANEXAMICO	AMPOLLA * 5 ML		
13	ADENOSINA	SOLUCION INYECTABLE 6MG/2ML		
14	ADRENALINA	SOLUCION INYECTABLE 1 MG / 1 ML		
15	ALBENDAZOL	SUSP.400 MG/10 ML		
16	ALBENDAZOL	TABLETA* 200MG		
17	ALBUMINA HUMANA	20% FRASCO* 50ML		
18	ALBUMINA HUMANA	20% FRASCO* 50ML		
19	ALCOHOL POLIVILINICO	SOLUCION OFTALMICA 1,4% FRASCO * 15 ML		
20	ALFAMETILDOPA	TABLETAS*250MG		
21	ALITRAQ	SOBRES* 76 GR		
22	ALOPURINOL	TABLETA 100 MG		
23	ALOPURINOL	TABLETA 300 MG		
24	ALPRAZOLAM	TABLETA*0.50MG		
25	ALPRAZOLAM	TABLETA*0.25MG		
26	ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO	FRASCO X 350 ML		
27	AMANTADINA	TABLETA 100 MG		
28	AMIKACINA	AMPOLLA*500MG/2ML		
29	AMINIFILINA	SOL INYECTABLE X 240MG		
30	AMIODARONA	AMPOLLA 150 MG/3 ML		
31	AMIODARONA	TABLETA 200 MG		
32	AMITRIPTILINA	TAB X 25MG		
33	AMLODIPINO	TABLETA*5MG		
34	AMOXACILINA	FRASCO * 250MG/5ML*100ML		
35	AMOXICILINA TAB O CAP 500MG	TABLETA		
36	AMPICILINA	CAPSULAS*500 MG		

30



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.

37	AMPICILINA	SUSPENSION 250 MG/5 ML		
38	AMPICILINA	AMPOLLA 1 GR		
39	AMPICILINA + SULBACTAM	1,5 GR SOL.INY.POLVO /6 ML		
40	AMPICILINA SODICA	AMPOLLA 500 MG		
41	ANFOTERICINA B	POLVO INY 50 MG		
42	ASCORBICO ACIDO	FRASCO * 200 MG*30ML		
43	ASCORBICO ACIDO	TABLETAS 500MG		
44	ATORVASTATINA	TABLETA 40 MG		
45	ATROPINA	AMPOLLA 1 MG/1 ML		
46	AZITROMICINA	TABLETA 500 MG		
47	AZITROMICINA	SUSPENSION 250 MG		
48	BECLOMETASONA	250 MCG INHALADOR*200 DOSIS		
49	BECLOMETASONA BUCAL	INHALADOR FRASCO*200DOSIS/50MG		
50	BECLOMETASONA NASAL AEROSOL 50 MCG	NASAL AEROSOL 50 MCG		
51	BENZOATO DE BENCILO LOCION	25% FRASCO * 120 ML		
52	BERIPLAST	UNIDAD 3 ML		
53	BETAMETASONA	AMPOLLA*4MG/ML		
54	BETAMETASONA	CREMA TOPICA		
55	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO SUSP INYECTABLE 3MG/3MG	AMPOLLA		
56	BETAMETILDIGOXINA	AMPOLLA 0.2MG/2ML		
57	BETAMETILDIGOXINA	TABLETA 0,1 MG		
58	BETAMETILDIGOXINA(LANITOP)	0.6 MG SOLUCION * 10 ML		
59	BICARBONATO DE SODIO	AMPOLLA 10 MEQ/10 ML		
60	BIPERIDENO	AMPOLLA 1 ML		
61	BIPERIDENO	TABLETA*2MG		
62	BISACODILO	TABLETA5*MG		
63	BROMOCRIPTINA	TABLETA 25 MG		
64	BROMURO DE PANCUNORIO	4 MG / 2ML AMPOLLA		
65	BROMURO DE ROCURONIO	AMPOLLA 50 MG/5 ML		
66	BROMURO DE ROCURONIO	AMPOLLA 50 MG/5 ML		
67	BUPIVACAINA SIMPLE	AMPOLLA 0,5 %/20ML		
68	BUPIVACAINA SIMPLE	AMPOLLAS 0.5% 10 ML		
69	BUPIVACAINA+DEXTROSA(PESA DA)SL	AMPOLLA 0.5%/4 ML		
70	CAFEINA + ERGOTAMINA	TABLETA 1 MG + 100 MG		
71	CALCIO CARBONATO	TABLETA*600 MG		
72	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D	TABLETA 600 MG+200 UI		
73	CALCITRIOL	CAPSULA 0.25 MCG		

31

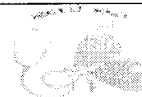


" UN HOSPITAL PARA TODOS"
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050
www.hospitalgranada.gov.co E-mail: información@hospital granada .gov.co





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**



74	CAPTOPRIL	TABLETA*50MG		
75	CAPTOPRIL	TABLETA *25 MG		
76	CARBAMAZEPINA	SUSP 2 G FRASCO*120 ML		
77	CARBAMAZEPINA	TABLETA*200 MG		
78	CARBON ACTIVADO	SUSPENSION 50 GRAMOS/250 ML		
79	CARBOXIMETILCELULOSA	SOLUCION OFTALMICA		
80	CARVEDILOL	TABLETA*25MG		
81	CARVEDILOL	TABLETA 6.25 MG		
82	CARVEDILOL	TABLETA 12.5 MG		
83	CASPOFUNGINA	AMPOLLA 50 MG		
84	CEFALEXINA	CAPSULA*500MG		
85	CEFALEXINA	FRASCO250MG/5ML*60ML		
86	CEFALOTINA	AMPOLLA*1 GR/5 ML		
87	CEFAZOLINA	AMPOLLA 1 GR		
88	CEFEPIME	AMPOLLA*1 GR/10 ML		
89	CEFTRIAXONA	AMPOLLA*1 GR/10 ML		
90	CEFUROXIMA SUSPENSION	FRASCO 25 MG *70ML		
91	CETIRIZINA	JARABE 1MG/ML		
92	CETIRIZINA	TABLETA*10 MG		
93	CIANOCOBALAMINA	B-12 Mg Fco 10 ml		
94	CIPROFIBRATO	TABLETA 100 MG		
95	CIPROFLOXACINA	AMPOLLA 100MG/10ML		
96	CIPROFLOXACINA	TABLETA 500MG		
97	CISATRACORIO SOLUCION INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE 10MG/5ML		
98	CLARITROMICINA	TABLETA*500MG		
99	CLARITROMICINA	AMPOLLA 500 MG		
100	CLARITROMICINA	SUSPENSION 2% FRASCO *45 ML		
101	CLINDAMICINA	AMPOLLA*600MG/4 ML		
102	CLINDAMICINA	CAPSULA*300 MG		
103	CLONAZEPAM	TABLETA 2 MG		
104	CLONAZEPAM	SOLUCION ORAL		
105	CLONAZEPAM	TAB X 0.5MG		
106	CLONIDINA	TABLETA*150MCG		
107	CLOPIDOGREL	TABLETA*75MG		
108	CLORFENIRAMINA	JARABE 2 MG/ 5 ML		
109	CLORFENIRAMINA	TABLETA 4 MG		
110	CLOROQUINA	TABLETAS		
111	CLOTRIMAZOL	1% CREMA TOPICA*40 GRS		
112	CLOTRIMAZOL	1% CREMA VAGINAL*40 GRS		
113	CLOTRIMAZOL	TABLETAS VAGINALES 100 MG		
114	CLOZAPINA	TABLETA *25MG		
115	CLOZAPINA	TABLETA *100MG		





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

116	COLCHICINA	TABLETA 0.5 MG		
117	COLISTINA + CORTICOIDE + NEOMICINA	SOLUCION OTICA		
118	COMPLEJO B	TABLETAS		
119	CORTICOIDE POLIMIXINA+NEOMICIN A+DEXAMETASONA	B 6000 UI+3.500 MG+1.00 MG SOL,OFTALMICA *5 ML		
120	CROTAMITON LOCION 10%	FRASCO 10%		
121	DABIGATRAN	TABLETA 110 MG		
122	DEXAMETASONA	AMPOLLA*8MG/2ML		
123	DEXAMETASONA SOL INY 4MG/ML	AMPOLLA		
124	DIAZEPAN	AMPOLLA*10 MG/2 ML		
125	DICLOFENACO	TABLETA * 50 MG		
126	DICLOFENACO	AMPOLLA 75MG/3ML		
127	DICLOXACILINA	CAPSULA*500MG		
128	DICLOXACILINA	250 mg/5 mL-Fco. x 80 mL		
129	DIFENHIDRAMINA HCL	JARABE		
130	DIMENHIDRINATO	TABLETA*50MG		
131	DIPIRONA SLN	AMPOLLA 1 GR /2 ML		
132	DOBUTAMINA 250 MG / 20 ML AMPOLLA * 1	AMPOLLA		
133	DOMPERIDONA	TABLETA 10 MG		
134	DOPAMINA	200 MG AMPOLLA *5ML		
135	DOXICICLINA	TABLETA 100 MG		
136	EFAVIRENZ TABLETA 600 MG	TABLETA 600 MG		
137	ELEMENTOS TRAZAS VIASL X 5 ML	ELEMENTOS TRAZA		
138	ENALAPRIL	TABLETA*5MG		
139	ENALAPRIL	TABLETA*20MG		
140	ENOXAPARINA SLN	AMPOLLA 40MG/0.4ML		
141	ENOXAPARINA SOD	AMPOLLA 60MG/0.6ML		
142	EPAMIN (FENITOINA)	FRASCO *240 ML		
143	ERITROMICINA	FRASCO 250MG/5 ML*60 ML		
144	ERITROMICINA	TABLETA*500 MG		
145	ERITROPOYETINA	AMPOLLA*2.000UI		
146	ESCITALOPRAM	TABLETAS 10 MG		
147	ESOMEPRAZOL TABLETA 20 MGB	TABLETA 20 MGB		
148	ESPIRAMICINA	TABLETA*3,000 UI		
149	ESPIRONOLACTONA	TABLETAS*25MG		
150	ESTREPTOQUINASA	AMPOLLA*1.500UI / 5 ML		
151	ESTROGENOS CONGUGADOS	CREMA VAG.		
152	ETILEFRINA SLN	AMPOLLA 10MG/ML		
153	FENITOINA	AMPOLLA*250MG/5ML		

33



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

154	FENITOINA	TABLETA 100 MG		
155	FENOTEROL + IPRATROPIO	SOL PARA NEBULIZAR		
156	FENTANILO 0.5 MG/10ML AMPOLLA * 1 -CONTROL	AMPOLLA 0.05MG/ML		
157	FENTANILO 0.5 MG/10ML AMPOLLA * 1 -CONTROL	AMPOLLA 0.05MG/ML		
158	FLUCONAZOL	AMPOLLA 200MG/100 ML		
159	FLUCONAZOL	CAPSULA 200 MG		
160	FLUNARIZINA	TABLETA 10 MG		
161	FLUOROMETALONA	SOLUCION OFTALMICA 0,1% x 5 ml		
162	FLUOXETINA	TABLETA *20MG		
163	FLUOXETINA	SUSPENSION ORAL*20 MG/5 ML		
164	FOLICO ACIDO TABLETA 1MG	TABLETA		
165	FORMOTEROL+BUDESONIDA	CAPSULA PARA INHALAR 6/200		
166	FUROATO MOMETASONA PRED	SPRAY NASAL x 10 G		
167	FUROSEMIDA	TABLETA 40 MG		
168	FUROSEMIDA	AMPOLLA*20MG/2ML		
169	GEMFIBROZIOLO	TABLETA*600 MG		
170	GENTAMICINA	CREMA TOPICA 40 GR		
171	GENTAMICINA	SOLUCION OFTALMICA 3MG FRASCO*15 ML		
172	GENTAMICINA SLN	AMPOLLA INY 80 MG/2 ML		
173	GENTAMICINA SLN	AMPOLLA 160MG/2ML		
174	GLIBENCLAMIDA	TABLETA 5 MG		
175	GLUCONATO DE CALCIO	AMPOLLA		
176	GLUCOSAMIDA+CONDROITINA	SOBRE		
177	GLUCOSAMINA SULFATO 1500 MG	SOBRE 1500 MG		
178	HALOPERIDOL	TABLETAS*5MG		
179	HALOPERIDOL	FRASCO 10MG/ML *10 ML		
180	HALOPERIDOL SLN	AMPOLLA*5MG/ML		
181	HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR	AMPOLLA 5000 UI / 2 ML		
182	HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR	AMPOLLA 2500 UI /2 ML		
183	HEPARINA SODICA	AMPOLLA 5000 UI/ML		
184	HEPATEC	AMPOLLA		
185	HIDOCORTISONA CREMA 1%	CREMA		
186	HIDROCLOROTIAZIDA	TABLETA*25MG		
187	HIDROCORTISONA REC	AMPOLLA 100 MGS/2 ML		
188	HIDROXICINA	SOLUCION INYECTABLE 100MG/2ML		
189	HIDROXICINA	JARABE 0.25 %		
190	HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO (PROLUTON DEPO)	AMPOLLA 250 MG		
191	HIERRO FERROSO	TABLETA 300 MG		
192	HIERRO FERROSO	FRASCO 2.5% *120 ML		



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





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**



35

193	HIERRO PARENTERAL	AMPOLLA*100 MG		
194	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	AMPOLLA 20MG/ ML		
195	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	TABLETA*10MG		
196	IBUPROFENO	TABLETA *400MG		
197	IBUPROFENO	JARABE		
198	IBUPROFENO	INYECCABLE 10 MG/ML		
199	IMIPENEM + CILASTATINA	POLVO 500MG/10 ML		
200	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	TABLETA *25MG		
201	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI D (RH0)	250 MCG AMPOLLA * 2 ML		
202	INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERIMUNE CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	AMPOLLA 100 UI *2ML		
203	INSULINA GLARGINA SLN INY 100 UI/10 ML	AMPOLLA * 10 ML		
204	INSULINA LISPRO	AMPOLLA 100 UI/ML		
205	INSULINA ZINC CRISTALINA	100 UI AMPOLLA * 10 ML		
206	INSULINA ZINC NPH	100 UI AMPOLLA * 10 ML		
207	IPRATROPIO BROMURO INHALADOR	FRASCO 20 MCG INHALADOR		
208	IPRATROPIO BROMURO SOLUCION P/NEBULIZAR	SOL PARA NEBULIZAR		
209	ISOSORBIDE DINITRATO	TABLETA*10MG		
210	ISOSORBIDE DINITRATO	TABLETA 5 MG		
211	IVERMECTINA	GOTAS		
212	KETAMINA I.V	500 MG/10 MG AMPOLLA*10 ML		
213	KETOCONAZOL	TABLETA 200 MG		
214	KETOPROFENO 2.5%	TUBO 30 GR		
215	KETOTIFENO	TABLETA 1 MG		
216	KETOTIFENO 1MG/5ML	JBE FRASCO * 100 ML		
217	LABELALOL	AMPOLLA 10 MG/20ML		
218	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	150 MG+300 MG TABLETAS		
219	LAMIVUDINA SOLUCION ORAL	10 MG/ML FRASCO 240 ML		
220	LEVETIRACETAM	TABLETA 500 MG		
221	LEVODOPA+CARBIDOPA	TABLETA 25/250 MG		
222	LEVOMEPRMAZINA	GOTAS 4% *20 ML		
223	LEVOMEPRMAZINA	TABLETA*25MG		
224	LEVOMEPRMAZINA	TABLETA*100MG		
225	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL * 21	TABLETAS		
226	LEVONORGESTREL 0.75 MG	TABLETAS		
227	LEVONORGESTREL TABLETA 0.75 MG	TABLETA 0.75 MG		
228	LEVOTIROXINA	TABLETA*100MCG		
229	LEVOTIROXINA	TABLETA*50MCG		
230	LIDOCAINA	TUBO 2%JALEA*30 ML		



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

231	LIDOCAINA	AMPOLLA 2% S.E.*50 ML		
232	LIDOCAINA	AMPOLLA*2%CE*50 ML		
233	LIDOCAINA	FRASCO AEROSOL AL 10%		
234	LIDOCAINA	AMPOLLA 1%CE*20 ML		
235	LIDOCAINA	AMPOLLAS 1% S.E*10 ML		
236	LIDOCAINA + DEXAMETASONA	UNGÜENTO PROCTOLOGICO		
237	LINEZOLID	BOLSA 600 MG/300 ML		
238	LITIO CARBONATO TAB 300MG	TABLETA		
239	LOPERAMIDA	TAB X 2MG		
240	LOPINAVIR + RITONAVIR	SUSPENSION ORALX 160 ML		
241	LOPINAVIR + RITONAVIR	TABLETA 200/50 MG		
242	LORATADINA	FRASCO 1MG/ML *60ML		
243	LORATADINA	TABLETA *10MG		
244	LORAZEPAM	TABLETA*2MG		
245	LORAZEPAM	TAB X 2MG		
246	LOSARTAN	TABLETA *50MG		
247	LOSARTAN	TABLETA*100		
248	LOVASTATINA	TABLETA *20MG		
249	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	TABLETA*5MG0		
250	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	150 MG FRASCO /3 ML		
251	MELOXICAM	TABLETA 7.5 MG		
252	MELOXICAM	TABLETA 15 MG		
253	MEROPENEM 1 GR	1 GR AMPOLLA/10 ML		
254	MEROPENEM 500 MG	500 MG VIAL		
255	METFORMINA	TABLETA*850MG		
256	METHERGIN	AMPOLLA		
257	METILPREDNISOLONA	AMPOLLA*500MG/10 ML		
258	METOCARBAMOL	TABLETA*750MG		
259	METOCLOPRAMIDA	AMPOLLA 10ML/2ML		
260	METOCLOPRAMIDA	TABLETA*10 MG		
261	METOCLOPRAMIDA	GOTAS FRASCO*30 ML		
262	METOPROLOL	TABLETA *50MG		
263	METOPROLOL	AMPOLLA * 1MG/ 5 ML		
264	METOTREXATE	AMPOLLA 50 MG		
265	METOTREXATO	TABLETA*2,5 MG		
266	METRONIDAZOL	TABLETA VAG*500 MG		
267	METRONIDAZOL	SOLUCION PARENTERAL *5.0000 MG/100ML		
268	METRONIDAZOL	TABLETA*500MG		
269	METRONIDAZOL	SUSPENSION 250 MG/ML*120 ML		
270	MIDAZOLAM	AMPOLLA 5MG/5ML		
271	MIDAZOLAM	AMP X 15MG		
272	MINOXIDIL TABLETA 10 MG	TABLETA 10 MG		





**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.**

273	MISOPROSTOL (CYTIL)	TABLETA*200 MGC		
274	MISOPROSTOL (CYTIL)	TABLETA*25 MGC		
275	MONTELUKAST	TABLETA* 10 MG		
276	MONTELUKAST	TABLETA*5 MG		
277	MOSAPRIDA CITRATO	TABLETA *5 MG		
278	NALOXONA	AMPOLLA*0.4MG/1 ML		
279	NAPROXENO	TABLETA*250MG		
280	NAPROXENO	SUSPENSION 125 MG/5 ML*80 ML		
281	NEOSTIGMINA	0,5 AMPOLLA * 2 ML		
282	NEVIRAPINA	SUSPENSION ORAL 50 MG/ 5 ML		
283	NIFEDIPINO RETARD	TABLETA*30 MG		
284	NIMODIPINO	30 MG TABLETA		
285	NISTATINA 100,000 UL /ML	SUSPENSION *60 ML		
286	NITROFURANTOINA	TABLETA *100MG		
287	NITROFUZAZONA POMADA	FRASCO*500 GRAMOS		
288	NITROGLICERINA	AMPOLLA 5MG/5ML 10 ML		
289	NITROGLICERINA D.A.D	50 MG FRASCO X 250 ML		
290	NITROPRUSIATO DE SODIO	AMPOLLA*50 MG		
291	NOREPINEFRINA	AMPOLLA*4MG/4ML		
292	NORFLOXACINO	400 MG TABLETAS		
293	OLANZAPINA	TABLETAS 10 MG		
294	OLANZAPINA	TABLETAS 5 MG		
295	OMEPRAZOL	CAPSULA*20MG		
296	OMEPRAZOL	AMPOLLA*40MG/10 ML		
297	ONDASETRON SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA 8 MG		
298	OXACILINA	POLVO X 1 GRAMO/6 ML		
299	OXIMETAZOLINA	SOL NASAL 0,25 MG		
300	OXITOCINA	AMPOLLA 10 UI / ML		
301	PENICILINA	AMP X 1.200.000UI		
302	PENICILINA G. BENZATINICA	AMPOLLA 2.400.000UI		
303	PENICILINA G. SODICA	AMPOLLA 1.000.000UI/ 6 ML		
304	PENICILINA G.SODICA	AMPOLLA 5.000.000UI		
305	PENTOXIFILINA LP	400 MG TABLETA		
306	PIPERACILINA/TAZOBACTAM	AMPOLLA 4.0 GR +0.5 GR /20 ML		
307	PIPOTIAZINA	AMPOLLA 25 MG/1 ML		
308	PIRANTEL PAMOATO	SUSPENSION 5% FRASCO*30 ML		
309	PIRANTEL PAMOATO	250 MG TABLETAS		
310	PIROXICAM 40 MG AMPOLLA	AMPOLLA 40 MG		
311	PIROXICAM GEL	TUBO X 30 GR		
312	POLIMERIZADO DE GELATINA	AMPOLLA 4% * 500 KM		
313	POLIMIXINA B	AMPOLLA 500.000 UI		
314	POTASIO CLORURO	AMPOLLA 1.49 G/10ML		
315	POTASIO GLUCONATO ELIXIR	FRASCO 31.2 % ELIXIR *180 ML		

37



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

316	PAZOSINA	TABLETA* 1MG		
317	PREDNISOLONA	TABLETA *5MG		
318	PREDNISOLONA+FENILEFRINA	10 MG+ 1,20 MG SOL.OFTALMICA* 5 ML		
319	PREGABALINA	TABLETA 75 MG		
320	PRIMAQUINA	TABLETA*15 MG		
321	PROPANOLOL	TABLETA*80 MG		
322	PROPANOLOL	TABLETA*40 MG		
323	PROPOFOL 1% * 20 ML	AMPOLLA 10 MG/ML		
324	PROPOFOL 1% * 20 ML	AMPOLLA 10 MG/ML		
325	RANITIDINA	AMPOLLA 50MG/2ML		
326	RANITIDINA	TABLETA*150MG		
327	REMIFENTANILO 2 MG *10 ML	AMPOLLA 2 MG		
328	RIFAMPICINA 300 MG	TABLETA		
329	RISPERIDONA	TABLETA 1 MG		
330	RISPERIDONA	TABLETA 2 MG		
331	SALBUTAMOL INHALADOR	FRASCO 100MCG/200 DOSIS		
332	SALBUTAMOL SOLUCION	5MG FRASCO SOLUCION 15ML		
333	SALES DE REHIDRATACION	SOBRE		
334	SALMETEROL + FLUTICASONA	AEROSOL BUCAL X 25 + 125 MCG /PUV		
335	SERTRALINA	50 MG TABLETAS		
336	SERTRALINA	TABLETAS 100 MG		
337	SEVOFLURANO	100% FRASCO*250 ML		
338	SEVOFLURANO	100% FRASCO*250 ML		
339	SILDENAFIL	50 MG		
340	SILDENAFIL	TABLETA 25 MG		
341	SODIO CLORURO	AMPOLLA 20 MQE		
342	SODIO FOSFATO ENEMA RECTAL	BOLSA * 133 ML		
343	SUCCINILCOLINA	AMP 1.000MG/10ML		
344	SUCCINILCOLINA	AMP 1.000MG/10ML		
345	SUCRALFATO	TABLETA * 1MG		
346	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	AMPOLLA * 10 ML		
347	SULFADIAZINA DE PLATA	TUBO X 30 GR		
348	SULFADOXINA + PIRITAMINA	TABLETA 500 MG+25 MG		
349	SULFATO DE MAGNESIO	SOLUCION INYECTABLE 20%		
350	SULFATO DE ZINC	2MG/ML SOLUCION ORAL		
351	SULTAMICILINA 250 MG/5 ML	FRASCO * 60 ML		
352	TAMSULOSINA	TABLETA 0.4 MG		
353	TEOFILINA	TABLETA 125 MG		
354	TEOFILINA	CAPSULA 300 MG		
355	TERBUTALINA	AMPOLLA 0.5 MG		
356	TIAMINA	TABLETA*300MG		
357	TIAMINA	100 MG/ ML AMPOLLA		
358	TIMOLOL MALEATO	SOL.OFTALMICA * 5 ML		

38



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



359	TINIDAZOL	TABLETA*500MG	
360	TINIDAZOL	200 MG SUSPENSION *15 ML	
361	TIOPIENTAL POLVO	FRASCO*1 GRAMO	
362	TIZANIDINA	TABLETA 4 MG	
363	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA	SOLUCION OFTALMICA	
364	TOXOIDE TETANICO ANATOXINA	AMPOLLA 0.5ML*10 ML	
365	TRAMADOL	100 MG AMPOLLA/2 M.L	
366	TRAMADOL	SOLUCION ORAL 100 MG*10 ML	
367	TRAZODONA CLORHIDRATO	TABLETA 50 MG	
368	TRIMEBUTINA	TABLETA 200 MG	
369	TRIMETOPRIM +SULFAMETOXAZOL	TABLETAS 160 MG /800 MG	
370	TRIMETOPRIM +SULFAMETOXAZOL	TABLETAS 800 MG /400 MG	
371	TRIMETOPRIM +SULFAMETOXAZOL	40 MG/ 200 MG FRASCO*120 ML	
372	VACUNA ANTIRRABICA	AMPOLLA	
373	VACUNA NEUMOCO POLISACARI AMPOLLA*5 ML	AMPOLLA * 5 ML	
374	VALPROATO DE SODIO	AMPOLLA 500MG/5 ML	
375	VALPROICO ACIDO	TABLETA *250MG	
376	VALPROICO ACIDO	FRASCO 5,00 G *120 ML	
377	VANCOMICINA	500 MG AMPOLLA*10 ML	
378	VARITEC 10%	AMPOLLA * 5ML	
379	VASOPRESINA	20 UI AMPOLLA	
380	VERAPAMILO	TABLETAS*80 MG	
381	VERAPAMILO CLORHIDRATO TABLETA 120 MG	TABLETA	
382	VITAMINA A CAPSULA	CAPSULA 50.000 UI	
383	VITAMINA K SLN	AMPOLLA 10MG/1 ML	
384	VITAMINA K SLN	AMPOLLA 1 MG/1 ML *PEDIATRICA	
385	WARFARINA SODICA	TABLETA *5MG	
386	XARELTO 15 MG TABLETAS	TABLETA 15 MG	
387	ZIDOVUDINA	SUSPENSION ORAL 10 MG/ML	
388	ZIDOVUDINA	SOLUCION INYECTABLE	

El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE, EL CONTRATO SE EJECUTARÁ POR PRECIOS UNITARIOS A MONTO FIJO HASTA AGOTAR PRESUPUESTO.

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.

40

ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

Señores

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
L.C.**

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:

41

ANEXO No. 4

FORMULARIO DE EXPERIENCIA

El proponente debe diligenciar este formulario, consignando en él la experiencia que pretenda hacer valer en el presente proceso.

NÚMERO DEL CONTRATO	SECUENCIA EN EL RUP	OBJETO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALOR Y PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	FECHA DE TERMINACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad:

ANEXO No. 5

Constancia Estímulo a La Industria Nacional

Ciudad, _____.

Doctora.
MONICA MARIA DELGADO PINILLOS
 Gerente.
 Hospital Departamental de Granada E.S.E.
 Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
 Granada-Meta.

Referencia: Proceso de Modalidad de Selección por **INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 012 DE 2018, PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E**

Asunto: **Constancia Estímulo a La Industria Nacional**
 Cordial Saludo.

(Nombre del Oferente), con N.I.T. _____, representado por (_____ "solo para personas jurídicas"), identificado (a) con la C.C.No. _____ de _____ propietaria del Establecimiento de Comercio: _____ "solo para personas naturales y /o jurídicas", conforme con el capítulo 4, numeral 1.2.2 de los términos de referencia del presente proceso de invitación, la oferta presentada clasifica en:

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE.	ASIGNACION
1) Cuando la propuesta válida oferte bienes o servicios nacionales, en lo referente al objeto de este proceso de selección, se le asignarán diez (10) puntos.	10 puntos.	
2) Cuando la propuesta válida oferte bienes o servicios extranjeros, si incorpora componente colombiano de bienes y servicios profesionales, técnicos y operativos en un porcentaje del 50% del total requerido, se asignarán cinco (5) puntos	5 puntos	
3) Cuando la propuesta válida oferte bienes o servicios extranjeros, si incorpora componente colombiano de bienes y servicios profesionales, técnicos y operativos en un porcentaje inferior al 50% del total requerido se asignará cero (0) puntos por este criterio.	0 puntos	

Atentamente,

Nombre del oferente.
Nombre de representante legal (si aplica)
Nombre del establecimiento de comercio (si aplica)
N.I.T.
C.C.No. _____ de _____.

ANEXO No. 6

OFERTA TÉCNICA

43

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS QUE SE DEBEN EJECUTAR Y/O EXIGIR DE LOS PRODUCTOS QUE SE VAN A COMPRAR:

1. TODOS LOS FABRICANTES DEBEN CERTIFICAR BUENA PRACTICA DE MANUFACTURACIÓN (BPM).

Parágrafo Primero: El oferente deberá anexar en medio magnético en el cual deberán estar incorporados los archivos correspondientes a los certificados de Buenas Prácticas de Manufacturación. (BPM).

Parágrafo Segundo: El oferente deberá anexar listado de los laboratorios fabricantes.

2. TODO PRODUCTO DEBE TRAER EL REGISTRO SANITARIO DEL INVIMA.

Parágrafo Primero: El oferente deberá anexar en medio magnético en el cual deberán estar incorporados los archivos correspondientes a los registros sanitarios INVIMA.

Parágrafo Segundo: Para aquellos registros sanitarios que se encuentran vencidos, el oferente deberá anexar carta de autorización de distribución por el INVIMA y/o carta de solicitud de renovación.

3. LAS PROPUESTAS Y TODOS SUS ANEXOS DEBEN VENIR FOLIADAS. (No se acepta subfoliación es decir folios con apéndices, ejemplos: folio 3A, 3B, 3C o 3-1, 3-2, 3-3.) La foliación debe ser consecutiva que inicie con el número 1.