

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

**INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. 0017 PARA PRESENTAR PROPUESTA**

Granada Meta, 09 de enero de 2019.

Doctor  
**OSCAR HUMBERTO BEDOYA SÁNCHEZ**  
 C.C. No. 16.635.746  
 Gerente  
**POLIMEDIC S FARMACEUTICA S.A. POLIFARMA S.A.**  
 NIT. 800.151.064-0  
 Calle 71 No. 29 A – 23  
[polifarmasa@gmail.com](mailto:polifarmasa@gmail.com)  
 Bogotá D.C.

**ASUNTO: INVITACIÓN DIRECTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA UCI.**

Respetados señores:

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

**OBJETO DEL FUTURO CONTRATO**

**SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

**RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE**

El proceso de selección y la comunicación de aceptación de la propuesta estarán sometidos a la legislación y jurisdicción Colombiana por ser esta una Empresa Social del Estado de categoría especial, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Título II del Libro II de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011; Que el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, establece que las Empresas Sociales del Estado se someterán al régimen contractual de derecho privado y se registrará por lo preceptuado en el artículo 15 del Estatuto Interno De Contratación - Acuerdo No. 203 de 2016, y atendiendo lo preceptuado en el Acuerdo No. 214 del 03 de enero de 2019.

Lo anterior en razón a que este es un proceso que no supera la cuantía doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes, establecida en el artículo 15 del Acuerdo 203 de 2016 de Estatuto Interno de Contratación, que se tiene un valor estimado la suma de **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$150.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, por lo cual la modalidad de selección es en la modalidad de Contratación Directa.

**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.

### Lista 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	ALCOHOL ANTISEPTICO X 700ml	BOTELLA X 700ML
2	TOALLAS DE PAPEL PARA MANOS	ROLLO
3	ACTIGARD ANTIMICROBIAL	CAJA
4	AGUA OXIGENADA 120ML	UND
5	AGUA OXIGENADA 120ML	FRESCOX120ML
6	BARRERA PROTEC FLEX NO. 32	UND
7	BARRERA PROTECTORA No 38	UND
8	BARRERA PROTEC FLEX NO. 45	UND
9	BARRERA PROTEC FLEX NO. 57	UND
10	BARRERA PROTEC FLEX NO. 70	UND
11	BOLSA DRENABLE OSTOMIA OPACA 32MM	UND
12	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 38MM	UND
13	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 45M	UND
14	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 57MM	UND
15	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 70MM	UND
16	BARRERA PROTECTORA CUTANEA STOMAHESIVE	UND
17	CATETER FLOTTRAC REF MHDE	UND
18	CANULA DE ALTO FLUJO NEONATAL	UND
19	CANULA DE ALTO FLUJO PREMATURO	UND
20	Catéter arterial adulto 5Fr con kit de gasto cardiaco y parámetros por termodilución transpulmonar - Volume View	UND
21	CATETER PRESEP	UND
22	CATETER MULTIPROPOSITO DE 8FR	UND
23	CATETER DRENAJE BILLIAR 8FR	UND
24	CATETER PERIFERICO DFOBLE LUMEN	UND
25	CATETER VENOSO CENTRAL PEDIATRICO BILUMEN	UND
26	CERTOFIX 16G X 20CM MONOLUMEN	UND
27	CATETER VENOSO CENTRAL 7FR X 20 CM BILUMEN	UND
28	CATETER VENOSO CENTRAL 7FR X 20 CM TRILUMEN	UND
29	CATETER EPICUTANEO CAVA 24G*30	UND
30	CATETER INTRODUTOR PERCUTANEO 7FR RF.SI-09-700	UND
31	CATETER KIT MAHURCA 13,5 fr -14,5	UND
32	CATETER MAHURCA DE DOBLELUMEN REF. DFXLK146MTE	UND



**" UN HOSPITAL PARA TODOS "**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
 LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-PI-PR1-M1-F3

Versión 2



33	CATETER MAHURCA DE DOBLELUMEN REF. DFXLK146MTE	UND
34	CATETER TEMPORAL PRECURVADO HACIAL EL LADO BILUMEN ADULTO COAXIALYUGULAR EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 15CM CON SET DE INSERCIÓN	UND
35	CATETER MEDCOMP PARA DIALISIS PERITONEAL 15 FR 18 CM	UND
36	KIT ABL 214 PARA MÁQUINA LYNDA	UND
37	KIT ABL 414 PARA MÁQUINA LYNDA	UND
38	KIT ABL 814 PARA MÁQUINA LYNDA	UND
39	KIT ABL 200P05 PARA MÁQUINA LYNDA	UND
40	ELECTRODO CON CONECTOR PARA DESFRIBRILADORES ADULTO REF: F7955	UND
41	CATETER UMBILICAL NO. 4,0	UND
42	CATETER UMBILICAL NO. 3.5FR	UND
43	CATETER UMBILICAL NO. 5.0FR	UND
44	MANGUERA DE SUCCION SILICONADA CAJAX15MTS	UND
45	CIRCUITO VENTILACION ADULTO	CAJA
46	CIRCUITO VENTILACION NEONATAL	UND
47	CIRCUITO PARA ANESTESIA ADULTO	UND
48	CIRCUITO PARA ANESTESIA PEDIATRICO	UND
49	CPAP NASAL NEONATAL	UND
50	ELECTRODO MARCAPASO 6F SIN BALON	CAJAX10
51	ELECTRODO NEONATAL PEDIATRICO	UND
52	EQUIPO PARA MEDIR PRESION VENOSA CENTRAL	UND
53	EXTENSION MICROTUBO	UND
54	EQUIPO PARA BOMBA FREEGO BOLSA ( BOMBA FREEGO)	UND
55	EQUIPO PARA BOMBA FREEGO ROSCA ( BOMBA FREEGO)	UND
56	Set perfusor 50 ml opaco referencia 728836	UND
57	Set perfusor 50 ml claro referencia 722888	UND
58	Set perfusor 20 ml claro referencia 728844	UND
59	Set perfusor 10 ml claro referencia 728876	UND
60	Set perfusor 5 ml claro referencia 728868	UND
61	ESPARADRAPO MICROPORE PIEL 1"	UND
62	ESPARADRAPO MICROPORE PIEL 1/2"	ROLLO
63	ESPARADRAPO SEDA 12 * 10	ROLLO
64	ESPARADRAPO TIPO HOSPITALARIO EN TELA DE 12 X 10 YDS	TUBO
65	FILTRO BACTERIAL VENTILACION	TUBO
66	FILTRO NARIZ CAMELLO ADULTO	UND
67	FIXOMUL 10CM * 10 MT	UND
68	FIXOMUL 5CM * 10 MT	ROLLO
69	HEMOVAC 1/4 REF 1002 PLASTIMEDICOS	ROLLO
70	HEMOVAC 1/8 REF 1002 PLASTIMEDICOS	UND
71	HEMOVAC 3/16 REF 1002 PLASTIMEDICOS	UND
72	INHALOCAMARA NEONATAL	UND
73	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.7	UND
74	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.8	KIT
75	LINEA MUESTREO CO2 EMPATE MACHO/MACHO 245 CM	KIT



**" UN HOSPITAL PARA TODOS "**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 01 8000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

76	MASCARA BITRAC REF. 313-8108X	UND
77	MASCARA BITRAC REF 313-8118X	UND
78	MASCARA BITRAC SE MAXSHIELD 22MM HEMBRA + ARNES	UND
79	MASCARA TRAQUEOSTOMIA REF. 0360	UND
80	NEBULIZADOR JET	UND
81	NIPLE CON TUERCA PARA OXIGENO	UND
82	NUTRIFLO BOLSA 1.500ML	UND
83	PAÑAL TENA SLIP L	UND
84	PAÑAL TENA SLIP M	UND
85	PAÑAL TENA SLIP S	UND
86	PAPEL ELECTROCARDIOGRAFO AT-101	UND
87	PERISAFE 18G * 36	KIT
88	PLEUR-EVAC DRENAJE TORACICO 2.500ML	UND
89	RECIPIENTE SUCCION (LINER) 2L CON GEL	UND
90	SE PONE EN COMODATO 20 UND DE CANISTER , 20 SOPORTE, 5 ATRILES CONSUMO PROMEDIO MENSUAL 200 UND DE LINER	
91	RECOLECTOR DE SECRECIONES (TRAMPA LUCKEN)	UND
92	SISTEMA SUCCION CERRADO # 14	UND
93	SISTEMA SUCCION CERRADO # 6	UND
94	SISTEMA SUCCION CERRADO # 8	UND
95	SONDA NASOGASTRICA 12F TUNSGTENO	UND
96	SONDA NELATON NO. 5	UND
97	SUJETADOR ORAL ADULTO ENDOFIX II TUBO 6.5-8.5	UND
98	TEGADER APOSITO 10 * 12 CM	UND
99	TEGADER APOSITO 6 * 7 CM	UND
100	TERMOMETRO DIGITAL RIGIDO	UND
101	TETERO-BIBERON de 5 u 8 onzas fabricado en policarbonato, esterilizable, con rosca, disco, capuchon y chupo de silicona, Nacional	UND
102	TIRAS PARA MONITOREO DE GLUCOSA	UND
103	TRAMPA DE AGUA ADULTO/PEDIATRICA REF 920010-10530	UND
104	TRANSPACK KIT TRANSDUCTOR EN PLASTICO	UND
105	TRANSPACK SENCILLO REF PX 260	UND
106	TUBO ENDOTRAQUEAL S/B No 2,0	UND
107	TUBO OROTRAQUEAL S.B. 2.5	UND
108	TUBO OROTRAQUEAL S.B. 3.5	UND
109	TUBO OROTRAQUEAL S.B. 4.5	UND
110	VASELINA POTE 500 GRAMOS	POTE X 500GR
111	VALVULA PRECISION ESTANDAR REF 82-3003	UNIDAD
112	VALVULA PRECISION ESTANDAR REF 82-3037	UND
113	ADS NOLTRON SOLUCION INYECTABLE 4MG/4ML	AMP
114	ANFOTERICINA B 50 MG	AMPOLLA
115	ANTIVIPMYN SLN.INY 20 ML	AMP X 20 ML
116	ROCEFIN 1G INYECTABLE	VIAL
117	COLAGENASA (IRUXOL) UNGÜENTO TUBO * 40 GRAMOS	TUBO X 40 GRS
118	COMPLEGEL NF	AMPOLLA



**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



119	CUROSURF 1.5 ML	AMP X 1,5 ML
120	CUROSURF 3.0 ML	AMP X ,3 ML
121	SURFACTANTE PULMONAR	4ML
122	SURFACTANTE PULMONAR	4ML
123	DEPAKENE	FRASCO
124	DIBLOREC SOLUCION INYECTABLE 100MG/20ML	AMP X 20 ML
125	DOBUTAMINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG	AMP X 20 ML
126	ECALTA VIAL 100 MG	VIAL LIOFILIZADO
127	ILIDAP AMPOLLA 10 MG/ML	CAJAX3
128	FLORATIL PEDIATRICO SOBRE 250MG	SOBRE 250MG
129	ACIDO FOLINICO 15 MG TABLETAS	TAB
130	DORMICUM SOLUCION INYECTABLE 15MG/3ML	AMPOLLA
131	DORMICUM SOLUCION INYECTABLE 5MG/5ML	AMPOLLA
132	FILGRASTIM 300mcg	JERINGA
133	GENTAMICINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG	AMP X 1ML
134	GLUCOSAMINA 1500MG+CONDROITINA 1200MG	SOBRE
135	IMAPREM DEXMEDETOMIDINA SOLUCION INY 100MCG	VIALX 2 ML
136	KEFZOL (CEFAZOLINA) VIAL 1 GRAMO	VIAL 1GR
137	KLARICID AMP 500MG	VIAL X 15CC
138	LEVETIRACETAM TABLETA 500 MG	TABLETA X 500MG
139	LEVOSIMENDAN (DAXIM) SLN.INY. 2.5MG	VIAL
140	MAXIPIME VIAL 1 G (CEPEPIME)	VIAL
141	MEROBAC (MEROPENEM) 1 GRAMO	VIAL X 30ML
142	MEROBAC (MEROPENEM) 500MG	VIAL X 20ML
143	MILRINONA (COROTROPE) SLN INYE 10 MG	AMP
144	MOPERID SUSP FC X 60ML (DOMPERIDONA)	FRASCO
145	NIMOTOP (NIMODIPINO) SLN. INY. 50MG/50ML	FRASCO X 50ML
146	OXEPA FRASCO 500 ML	FCO
147	PANCURONIO BROMURO SOLUCION INYECTABLE	AMP X 2ML
148	PLASIL SOLUCION INYECTABLE 10MG/2ML	AMP X 2ML
149	PLAVIX TABLETA 75 MG	TABLETA 75MG
150	POLIMIXINA B POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION 500.000 UI	FRASCO VIAL
151	PROTAMINA SOLUCION INYECTABLE 50MG/5ML	AMP X 5ML
152	QUINOPRON SOLUCION INYECTABLE 100 MG	VIAL X 10ML
153	SOLUCORTEF ( HIDROCORTISONA)VIAL 100 MG	AMP X 2ML
154	SOLUMEDROL POLVO 500 MG(METILPREDNISOLONA)	AMP X 4ML
155	SOMATOSTANINA 3MG	VIAL
156	SOMAZINA 500MG CJ X 10 TAB	CAJAX10
157	SULFATO FERROSO GOTAS	FRASCO X 20ML
158	TAPECTAM AMP 4,5GR /PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G AMP	VIAL
159	TEGRETOL R TABLETA * 400 MG	CAJAX20TAB
160	TOPIRAMATO TAB 50 MG	CAJA X30
161	TRAUCET (ACETAMINOFEN)SOLUCION INYECTABLE 1GR	VIAL X 100ML
162	UNASYN 1,5GR	AMP X 1,5GR



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



163	VANCOICIN 500MG CP INYECTABLE (VANCOMICINA)	AMPOLLA
164	TOXICARB SUSPENSION ORAL FRASCO 250 ML	FRASCO X 250ML
165	VFEND (VORICONAZOLE) SLN.INY. 200 MG	VIAL LIOFILIZADO
166	VIRCIDAL INYECTABLE 250 MG (ACICLOVIR)	AMPOLLA
167	VORICONAZOL 200MG TAB	TAB
168	Dobutamina (Docarip) Premezclado	CAJAX2
169	Nitroglicerina Premezclado	CAJAX2
170	Nitroglicerina Premezclado	CAJAX1
171	Ciprofloxacina Premezclado	CAJAX2
172	VACUNA ANTITENICA - TOXOIDE TETANICO	VIAL
173	VACUNA ABSORBIDA CONTRA EL TETANO TOXOIDE TETANICO -TETANOL	VIAL
174	VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA	VIAL
175	CANCIDAS POLVO 50 MG	AMP X 10 ML
176	METILSULFATO DE PRALIDOXIMA 2% SOL INYECTABLE (CONTRATHION)	AMP
177	ALTEPLASA VIAL 50MG	50MG
178	ARIXTRA (FONDAPARINUX) SLN INY. 2.5 MG	CAJAX2
179	CYMEVENE SOLUCION INYECTABLE 500 MG	VIAL X 10 ML
180	DORIBAX VIAL 500 MG	VIAL LIOFILIZADO
181	INVANZ POLVO 1 GR (ERTAPENEM)	VIAL LIOFILIZADO
182	PEYONA AMP (CAFEINA)	AMP X 1ML
183	TEGRETOL R TABLETA * 400 MG	CAJAX20TAB
184	TYGACIL POLVO 50 MG	CAJAX10
185	ZYVOXID BOLSA 600/300MG	CAJAX10
186	INMONUGLOBULINA HUMANA G	VIAL
187	ALITRAQ POLVO SOBRE * 2.68 ONZAS	SOBRE*2,68OZ
188	FORMULA INFANTIL EN POLVO S-26 SIN LACTOSA	TARRO X 400 GR
189	GLUCERNA 1,5 KCL FCO X 1000 ML	FRASCO X 1000ML
190	LACTULAX SOBRE 15 ML	SOBRE X 15ML
191	PEDIAVIT GOTAS FCO x 10 ml (INSTI)	FRASCO X 10 ML
192	S-26 GOLD RTF FRASCO * 100ML	FRASCO X 100ML
193	S-26 LIQUIDA PREMATURO * 100ML	FRASCO X 100ML
194	S-26 PREMATUROS X 400GR	LATA X 400GR
195	SIMILAC 1 NG2	LATA X 400GR
196	SIMILAC 1 X 850GR	LATA X 850GR
197	SIMILAC 1 LIQUID 2 ONZ	FRASCO
198	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL CARE 24 Cal X 2 ONZAS	FCO X 2 OZ
199	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL CARE 30 Cal X 2 ONZAS	FCO X 2 OZ
200	SIMILAC SENSITIVE SIN LACTOSA ETAPA 1 TARRO X 375g	TARROX375G
201	SIMILAC ANTIRREFLUJO TARRO X 375 G	TARROX375G
202	AMINOACIDOS ESENCIALES SOLUCION ORAL OSMOLITE	FRASCO 1,5 LTS
203	PEDIASURE	TARRO X 400 GR
204	PEDIASURE CLINICAL LIQUIDO FRASCO 8ONZ	FCO
205	ENSURE TARRO X 400	TARRO X 400 GR
206	ENSURE CLINICAL X 220 ML	BOTELLA



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

207	ENSURE COMPACT 125ML	CAJX4
208	CATGUT CROMADO 2-0 SH RF G123T	SOB
209	CATGUT CROMADO 1 CT1 90CM REF 925T	SOB
210	CATGUT CROMADO 0 CT1 90CM REF 924T	SOB
211	CATGUT CROM 0 C/A SH	SOB
212	CATGUT CROM CAL 3/0 C/A CT-1	SOB
213	CATGUT CROM CAL 3/0 C/A RB-1	SOB
214	CATGUT CROM CAL 3/0 C/A SH	SOB
215	CATGUT CROM CAL 4/0 C/A RB-1	SOB
216	CATGUT CROM CAL 5/0 C/A RB-1	SOB
217	CATGUT CROMADO 2-0 CT1 70CM REF 811T	SOB
218	CATGUT CROMADO 2-0 CT1 90CM REF 923T	SOB
219	CATGUT CROMADO 4/0 C/A SH	SOB
220	CATGUT O BP1 REF 47G	SOB
221	CERA PARA HUESOS REF 31G	SOB
222	ETHIBOND*GRN 0 75cm (1)CT-2 REF: B412H	SOB
223	ETHIBOND CAL 2/0 C/A CT-2	SOB
224	ETHIBONDO 1 CT1 REF X425H	SOB
225	PROLENE 3-0 2SH REF 9522T	SOB
226	PROLENE 0 C/A CT-1	SOB
227	PROLENE 2-0 KS RECTA 8623H	SOB
228	PROLENE 2-0 SC-26 REF 8185T	SOB
229	PROLENE 3-0 PS1 REF 8663T	SOB
230	PROLENE 3-0 SH REF 8522T	SOB
231	PROLENE CAL 1 C/A CT-1	SOB
232	PROLENE CAL 2/0 C/A CT-1	SOB
233	PROLENE CAL 3/0 C/A KS (RECTA)	SOB
234	PROLENE CAL 4/0 C/A 2SH	SOB
235	PROLENE CAL 4/0 C/A E-19 O PS2	SOB
236	PROLENE CAL 5/0 C/A 2 C-1	SOB
237	PROLENE CAL 5/0 C/A E-13 O P-3	SOB
238	PROLENE CAL 6/0 C/A 2C-1	SOB
239	PROLENE CAL 6/0 C/A E-11 O P-1	SOB
240	SEDA 2-0 SC-26 REF 1857	SOB
241	SEDA 2-0 SH REF K833H	SOB
242	SEDA CAL 0 C/A SH	SOB
243	SEDA CAL 0 S/A	SOB
244	SEDA CAL 3/0 C/A SH	SOB
245	SEDA CAL 3/0 S/A	SOB
246	SEDA CAL 5/0 C/A SC-20 FS-2	SOB
247	SEDA NEGRA 2-0 SA RF SA85T	SOB
248	VICRYL 2-070CM CT1 REF VCP339H	SOB
249	VICRYL 3-0 SH REF XYVCP316H	SOB
250	VICRYL CAL 0 C/A CT-1 H90	SOB
251	VICRYL CAL 0 C/A SH	SOB
252	VICRYL CAL 2/0 C/A SH	SOB



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

253	VICRYL CAL 4/0 C/A RB-1	SOB
254	VICRYL CAL 5/0 C/A P-3	SOB
255	VICRYL CAL 6/0 C/A P-3	SOB
256	VICRYL 1 CT1 90CM	SOB

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

- 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 departamental.
- Resolución de Fondo Nacional de Estupefacientes.

**Nota: Estos documentos deben ser anexados en medio magnético (C.D.)**

**VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO**

Se tiene como presupuesto estimado la suma **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$150.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

El valor del contrato que se pretende se ampara certificado de disponibilidad presupuestal No. **00069** del 09 de enero de 2019, del Rubro: B0B040101 denominado: PRESUPUESTO DE GASTOS – GASTOS DE OPERACIÓN – GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL – Gastos de Comercialización – Compra de Bienes para la Venta, expedido por el Profesional de Presupuesto, por el valor individual expresado, los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2019.

**FORMA DE PAGO**

El **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** reconocerá y pagará al contratista el valor del contrato de la siguiente manera: Pagos parciales de acuerdo a la facturación generada por el contratista, como resultado de los suministros efectivamente entregados en el almacén del HOSPITAL, previo presentación de factura de venta y/o su equivalente, copia del pago de la seguridad social, informe de cumplimiento por parte del supervisor del contrato sobre el satisfactorio suministro de conformidad al Alta. 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 noventa (90) días posteriores a la fecha de 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

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

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. **PARAGRAFO QUINTO:** EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., sólo adquiere obligaciones con el contratista favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

### PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será de diecisiete (17) días y/o hasta agotar el presupuesto oficial asignado, 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 un (1) día hábil siguiente a la firma del contrato.

### OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato
2. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y trabas que afecten el debido desarrollo.
3. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para brindar información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo.
4. Acatar las observaciones que formule el Hospital Departamental de Granada E.S.E., a través del supervisor durante la vigencia del contrato.
5. Dar noticia inmediata al supervisor del contrato de las novedades que puedan ocasionar la parálisis de la ejecución del contrato y ofrecer su pronta solución bajo su completa responsabilidad.
6. Mantener informado al Hospital Departamental de Granada E.S.E. de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato.
7. Acreditar el pago al Sistema de Seguridad Social en salud y pensiones, en los términos y porcentajes establecidos en la ley, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, las personas jurídicas deberán acreditar que se encuentran al día en el pago de Aportes a la Seguridad Social Integral y parafiscales, debidamente suscrita por el representante legal o el revisor fiscal, de conformidad con el art 50 de la ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007
8. Atender los requerimientos efectuados directamente por el contratante o por conducto del supervisor.
9. Constituir las garantías.

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR - Obligaciones Específicas

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

1. Desarrollar el objeto del contrato, de conformidad con la naturaleza del 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. Atender las visitas de auditoría que la entidad considere necesario realizar a las instalaciones del contratista.
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.

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión, 2	

9. El contratista se compromete a entregar los medicamentos en condiciones optimas y que estén debidamente empacados rotulados y sellados y cumplir las normas de acuerdo al requerimiento técnico.
10. El contratista se obliga que los medicamentos tengan una fecha de vencimiento igual o superior a los dos (2) años una vez entregados y verificados por el Hospital Departamental de Granada E.S.E., en el Almacén, salvo cuando las partes acuerden de manera expresa que podrá ser mínimo de un (1) año.
11. El contratista se compromete a realizar los cambios de los medicamentos próximos a vencer, realizando en común acuerdo con el supervisor del contrato, los procedimientos correspondientes para la devolución de los mismos, siempre y cuando el Hospital previo aviso comuniquen con tres (3) meses de anterioridad a su fecha de vencimiento de cada uno de los medicamentos; en el caso de no aceptarse la devolución el contratista incurre en el incumplimiento del suministro de los productos.
12. Contar con la inscripción ante la UAE, Fondo Nacional de Estupefacientes o Fondo Rotatorio de Estupefacientes de acuerdo con lo establecido en la resolución No. 1478 d 2006. Modificado por la resolución 2335 de 2009 y el artículo 1 de la Resolución 1478 de 2012 expedidas por el ministerio de Salud.
13. El proveedor acepta que el hospital haga devoluciones de medicamentos que por su baja rotación no sean consumidos antes de seis (6) meses de la fecha de vencimiento, comprometiéndose a hacer la reposición. En tal sentido el Hospital deberá dar aviso al proveedor de la solicitud de reposición en el mes séptimo antes de la fecha de vencimiento.
14. Mantener fijos e inmodificables durante la ejecución del contrato los precios ofertados en la propuesta presentada, la cual hará parte integral del contrato.
15. Garantizar la cadena de frio y condiciones de almacenamiento en el transporte de los medicamentos, de acuerdo a las indicaciones dadas por el fabricante; los medicamentos entregados deben estar empacados de tal forma que se evite el riesgo de daño o contaminación, en caso contrario el contratista deberá reponerlos.
16. Mantener stock de los medicamentos contratados acorde a los requerimientos efectuados por la E.S.E y en la oportunidad ofertada en la propuesta.
17. Reemplazar los insumos que no cumplan con las especificaciones originales o que no cumplan con las condiciones en la recepción técnica, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al requerimiento escrito o verbal por parte del supervisor del contrato.
18. El contratista asumirá los costos de transporte, fletes, seguros y similares que se ocasionen en razón a los elementos suministrados.
19. El contratista se compromete en el evento de que los insumos ofertados no estén disponible en el mercado por la demanda del producto, se podrá acordar por un medicamento de menor valor que cumpla las condiciones técnicas al ofertado, este deberá ser remitido con el certificado del producto y el Hospital a través del supervisor revisará y en el caso de cumplir con las indicaciones técnicas apropiadas el medicamento podrá ser aceptado, hasta que se normalice la oferta en el mercado y baje la demanda de dichos productos. Previo aviso por escrito al Hospital Departamental de Granada E.S.E.
20. 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 el profesional del Almacén General del Hospital, quienes realizarán la respectiva entrada de los productos objeto del contrato.

### GARANTIAS

El contratista se obliga a constituir, suscribir y presentar, dentro de un (1) día hábil 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:

**Suficiencia, vigencia y amparos de la garantía de cumplimiento.**

	<b>" UN HOSPITAL PARA TODOS "</b> CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a>			

Garantía	PRE- CONTRACTUAL	CONTRACTUAL	POST- CONTRACTUAL	APLICA		Porcentaje (%)	Plazo
				SI	NO		
Amparo de cumplimiento		X		X		10	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más contadas a partir de la expedición de las garantías, y cuya vigencia será de un (1) año a partir del acto de recibido del servicio a satisfacción
Calidad de los bienes suministrados		X		X		15	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más contadas a partir de la expedición de las garantías
Garantía De responsabilidad civil extracontractual		X	X	X		200 SMMLV	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.

El mecanismo para restablecer la garantía, cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adicionarla, 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.

### CAPACIDAD JURÍDICA

- 1) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: De acuerdo con el contenido del modelo suministrado (Anexo No. 1 de la Invitación), suscrita por el representante legal de la persona jurídica, o por la persona natural proponente.
- 2) Oferta económica (Anexo No. 2 de la invitación - determinación clara y precisa del valor a ofertar en moneda nacional corriente, el cual no podrá exceder el valor del presupuesto oficial).
- 3) Compromiso de Transparencia (Anexo No. 3 de la invitación) el oferente apoya y está de acuerdo a las políticas y acciones del Estado en fortalecer la transparencia, y no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para la celebración de contratos.
- 4) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio o autoridad competente para acreditar la antigüedad.
- 5) PERSONAS NATURALES INSCRITAS EN EL REGISTRO MERCANTIL. Si se trata de personas naturales deberán acreditar su inscripción mediante copia del registro mercantil no mayor a treinta (30) días, en el cual se acredite que su actividad comercial le permite ejecutar los servicios objeto del presente proceso de



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



contratación. En caso de no estar inscrito deberá presentar el Registro Único Tributario - RUT correspondiente, en donde demuestre que desarrolla una actividad similar al de la presente contratación.

- 6) Constancia del Certificado de Habilitación vigente.
- 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 de acuerdo con lo dispuesto 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 2.2.1.1.1.5.1. del Decreto 1082 de 2015. De conformidad con lo establecido en el numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, el Hospital Departamental de Granada Meta, verificará el cumplimiento de los requisitos capacidad jurídica, condiciones de experiencia, capacidad financiera, y organizacional del contratista, tomando la información inscrita en el RUP, en donde consta dichas condiciones. Este certificado debe haber sido expedido dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.

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

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
42	22	15	00
42	22	16	00
42	31	21	00
51	10	15	00
51	13	16	00
51	15	20	00
51	19	16	00

- 8) Hoja de Vida de la Función Pública para persona Jurídica.
- 9) Fotocopia del documento de identidad del proponente persona natural o del representante legal del proponente persona jurídica, 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.
- 10) Certificado de antecedente judiciales emitido por la Policía Nacional. En caso que los antecedentes judiciales del contratista o su representante legal reporte que alguno de estos presenta inhabilidad para contratar con el estado, conforme lo previsto en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011, la propuesta será **RECHAZADA**.
- 11) Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General De La Nación: El representante legal y de la persona jurídica no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan presentar la propuesta y celebrar el contrato. El Contratista deberá presentar el Certificado expedido por la Procuraduría General de la Nación, donde conste que No ha sido declarado responsable disciplinariamente y que no tienen inhabilidad por ese hecho.
- 12) **CERTIFICADO DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES:** De conformidad con lo previsto por el artículo 60 de la Ley 610 de 2000 y el parágrafo 1 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, persona natural y de la persona jurídica, no deben estar relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales. De conformidad con lo dispuesto por la Ley 962 de 2005 y la circular 005 del 25 de febrero de 2008, suscrita por el Contralor General de la República, el Ministerio verificará en la página web de la Contraloría General de la República.
- 13) **REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT.** Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.

**14) CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:**

Deberá aportar con su propuesta, una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de los aportes realizados durante el término de vigencia de la empresa y por lo menos durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003. Dicha certificación debe estar suscrita por el Revisor Fiscal de la sociedad si existe obligación legal de tenerlo, o en su defecto la certificación debe estar suscrita por el Representante Legal de la sociedad proponente. En caso de haber suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá el Revisor Fiscal o en su defecto el Representante Legal manifestar en la certificación que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

**15) Certificación bancaria informando el número de la cuenta donde se le pueden consignar los pagos.**

**CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA**

**FACTOR TÉCNICO Y ECONÓMICO**

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., entendido que la modalidad del proceso contractual es de invitación directa y su cuantía no supera los doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes SMMLV y de acuerdo al manual interno de contratación Resolución No. 312 de 2016, en su artículo 5.4 contratación directa describe que para esta modalidad se realizará evaluación de proveedores de bienes y servicios, para los contratos de adquisición, compraventa, suministro, servicios (...). Y de acuerdo a lo estipulado en el Estatuto Interno de Contratación de la Entidad y los términos y condiciones que estipule en la capacidad jurídica y económica se verificara si CUMPLE con los requisitos mínimos del presente proceso contractual.

**PROPUESTA ECONÓMICA**

El Hospital Departamental de Granada E.S.E., de conformidad al Acuerdo No. 203 de 2016, para la modalidad de contratación directa, de acuerdo a los criterios de selección descritos en el Manual Interno De Contratación Resolución No. 312 de 2016, deberá cumplir de acuerdo a la cuantía del proceso, el valor de la oferta económica del anexo No. 2 debe ser igual o menor del valor asignado. De lo anterior deberá especificar los servicios a prestar de acuerdo al objeto del contrato.

**CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL**

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:

INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO
INDICE DE LIQUIDEZ	Igual o mayor a 1,50

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

INDICE DE ENDEUDAMIENTO	Igual o menor a 0.70%
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	Igual o mayor a 2,00

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.

### 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 0.30
RENTABILIDAD DEL ACTIVO	IGUAL O MAYOR A 0.15

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 verificará utilizando las formulas indicadas en cada caso. Este aspecto es objeto de verificación y no de calificación.

### CONDICIONES DE EXPERIENCIA

El proponente deberá Acreditar que cuenta con experiencia específica en procesos de contratación realizados con entidades públicas y/o privadas, cuyo objeto sea el suministro de medicamentos y dispositivos médicos para UCI, cuyo valor sea igual o superior al cien por ciento (100%) del presupuesto oficial estimado, para la presente contratación, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes para lo cual se verificará en el Registro Único de Proponentes que 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
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

CODIGO DE LA CALSIFICACION UNSPSC	CUANTIA EN SALARIOS MINIMOS
42221500, 42221600, 42312100, 51101500, 51131600, 51152000, 51191600	181,13 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 181,13 SMLMV o más.

Este requisito se acreditará con la información consignada en el Registro Único de Proponentes (RUP) de la Cámara de Comercio, para ello se requiere que el proponente resalte o indique en su RUP los **TRES (3) CONTRATOS** con los cuales pretenda que se le evalúe la experiencia.

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

Las certificaciones que no cumplan con los anteriores parámetros no se tendrán en cuenta para efectos de evaluación de la propuesta.

#### DECLARATORIA DE DESIERTA

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E declara desierto el presente proceso de selección cuando:

- a) No se presente oferta.
- b) Que la oferta resulte admisible en los factores jurídicos, técnicos, financieros y de experiencia previstos en la presente invitación.
- c) Existan causas o motivos que impidan la escogencia del proponente.
- d) El representante legal del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E su delegado no acoja las condiciones técnicas presentadas de acuerdo a la capacidad jurídica exigida y los soportes que de ellos deriven, y opte por la declaratoria de desierto del proceso, caso en el cual deberá motivar su decisión,
- e) Y se presenten los demás casos contemplados en la ley.

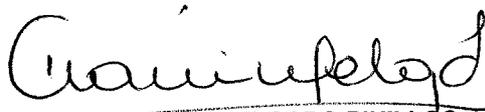
#### CRONOGRAMA

Una vez establecidas las condiciones de la contratación y los requerimientos del Hospital Departamental de Granada E.S.E, hacemos extensiva la invitación de ser de su interés, según calendario así:

DESCRIPCIÓN	FECHA Y HORA	LUGAR
Publicación de la invitación y documentos previos.	09 de enero de 2019 8:00 a.m hrs	Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de

		<i>Contratación.</i>
Plazo para presentar oferta de la invitación.	11 de enero de 2019	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 cumplimiento de los requisitos exigidos en la invitación.	11 de enero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
Suscripción de la minuta contractual.	11 de enero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.
Compromiso de Registro Presupuestal.	11 de enero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia.
Constitución de garantías.	Un (1) día hábil	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia.
Suscripción Acta de inicio.	Dentro de un (1) día siguientes de la suscripción de la minuta contractual	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.

Cordialmente,



**MONICA MARIA DELGADO PINILLOS**  
GERENTE E.S.E.

<b>Proyecto:</b>	Julián David Corrales Chacón – Proceso: Tecnólogo Contratación - Enfoque Salud Integral LTDA	
<b>Revisó Jurídicamente:</b>	Diana Marcela Bohórquez Rodríguez – Asesora Jurídica para contratación – Contrato de prestación de servicios No. 007 de 2019 – Hospital Departamental de Granada E.S.E.	



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



### ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVITACIÓN

Ciudad y fecha

Señores:

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

Ciudad

**REFERENCIA: INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACION DIRECTA No. XXXX DE 2019, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Respetados Señores

Nosotros los suscritos o el suscrito \_\_\_\_\_ actuando en (mi propio nombre persona natural o en representación de \_\_\_\_\_ (persona jurídica o natural –consorcio o unión temporal, según sea el caso) de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para la “OBJETO” y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

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

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



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

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.

### ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

Lugar y fecha

Señores

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

Ciudad

**REFERENCIA: INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. XXX DE 2019 PARA PRESENTAR PROPUESTA.**

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa No. XXX de 2019 que tiene por objeto: "OBJETO."

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

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD	MARCA	VALOR UNITARIO	I.V.A.	VALOR TOTAL
1	ALCOHOL ANTISEPTICO X 700ml	BOTELLA X 700ML	1				
2	TOALLAS DE PAPEL PARA MANOS	ROLLO	1				
3	ACTIGARD ANTIMICROBIAL	CAJA	1				
4	AGUA OXIGENADA 120ML	UND	1				
5	AGUA OXIGENADA 120ML	FRESCOX120ML	1				
6	BARRERA PROTEC FLEX NO. 32	UND	1				
7	BARRERA PROTECTORA No 38	UND	1				
8	BARRERA PROTEC FLEX NO. 45	UND	1				
9	BARRERA PROTEC FLEX NO. 57	UND	1				
10	BARRERA PROTEC FLEX NO. 70	UND	1				
11	BOLSA DRENABLE OSTOMIA OPACA 32MM	UND	1				
12	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 38MM	UND	1				
13	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 45M	UND	1				
14	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 57MM	UND	1				
15	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA No 70MM	UND	1				
16	BARRERA PROTECTORA CUTANEA STOMAHESIVE	UND	1				
17	CATETER FLOTRAC REF MHDE	UND	1				
18	CANULA DE ALTO FLUJO NEONATAL	UND	1				
19	CANULA DE ALTO FLUJO PREMATURO	UND	1				
20	Catéter arterial adulto 5Fr con kit de gasto cardiaco y parámetros por termodilución transpulmonar – Volume View	UND	1				



**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



21	CATETER PRESEP	UND	1				
22	CATETER MULTIPROPOSITO DE 8FR	UND	1				
23	CATETER DRENAJE BILLIAR 8FR	UND	1				
24	CATETER PERIFERICO DFOBLE LUMEN	UND	1				
25	CATETER VENOSO CENTRAL PEDIATRICO BILUMEN	UND	1				
26	CERTOFIX 16G X 20CM MONOLUMEN	UND	1				
27	CATETER VENOSO CENTRAL 7FR X 20 CM BILUMEN	UND	1				
28	CATETER VENOSO CENTRAL 7FR X 20 CM TRILUMEN	UND	1				
29	CATETER EPICUTANEO CAVA 24G*30	UND	1				
30	CATETER INTRODUTOR PERCUTANEO 7FR RF.SI-09-700	UND	1				
31	CATETER KIT MAHURCA 13,5 fr -14,5	UND	1				
32	CATETER MAHURCA DE DOBLELUMEN REF. DFXLK146MTE	UND	1				
33	CATETER MAHURCA DE DOBLELUMEN REF. DFXLK146MTE	UND	1				
34	CATETER TEMPORAL PRECURVADO HACIAL EL LADO BILUMEN ADULTO COAXIALYUGULAR EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 15CM CON SET DE INSERCION	UND	1				
35	CATETER MEDCOMP PARA DIALISIS PERITONEAL 15 FR 18 CM	UND	1				
36	KIT ABL 214 PARA MÁQUINA LYNDA	UND	1				
37	KIT ABL 414 PARA MÁQUINA LYNDA	UND	1				
38	KIT ABL 814 PARA MÁQUINA LYNDA	UND	1				
39	KIT ABL 200P05 PARA MÁQUINA LYNDA	UND	1				
40	ELECTRODO CON CONECTOR PARA DESFRIBRILADORES ADULTO REF: F7955	UND	1				
41	CATETER UMBILICAL NO. 4,0	UND	1				
42	CATETER UMBILICAL NO. 3.5FR	UND	1				
43	CATETER UMBILICAL NO. 5.0FR	UND	1				
44	MANGUERA DE SUCCION SILICONADA CAJAX15MTS	UND	1				
45	CIRCUITO VENTILACION ADULTO	CAJA	1				
46	CIRCUITO VENTILACION NEONATAL	UND	1				
47	CIRCUITO PARA ANESTESIA ADULTO	UND	1				
48	CIRCUITO PARA ANESTESIA PEDIATRICO	UND	1				
49	CPAP NASAL NEONATAL	UND	1				
50	ELECTRODO MARCAPASO 6F SIN BALON	CAJAX10	1				
51	ELECTRODO NEONATAL PEDIATRICO	UND	1				



**" UN HOSPITAL PARA TODOS "**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



52	EQUIPO PARA MEDIR PRESION VENOSA CENTRAL	UND	1			
53	EXTENSION MICROTUBO	UND	1			
54	EQUIPO PARA BOMBA PATROL DE BOLSA (O BOMBA FRIGO)	UND	1			
55	EQUIPO PARA BOMBA PATROL DE ROSCA (O BOMBA FRIGO)	UND	1			
56	Set perfusor 50 ml opaco referencia 728836	UND	1			
57	Set perfusor 50 ml claro referencia 722888	UND	1			
58	Set perfusor 20 ml claro referencia 728844	UND	1			
59	Set perfusor 10 ml claro referencia 728876	UND	1			
60	Set perfusor 5 ml claro referencia 728868	UND	1			
61	ESPARADRAPO MICROPORE PIEL 1"	UND	1			
62	ESPARADRAPO MICROPORE PIEL 1/2"	ROLLO	1			
63	ESPARADRAPO SEDA 12 * 10	ROLLO	1			
64	ESPARADRAPO TIPO HOSPITALARIO EN TELA DE 12 X 10 YDS	TUBO	1			
65	FILTRO BACTERIAL VENTILACION	TUBO	1			
66	FILTRO NARIZ CAMELLO ADULTO	UND	1			
67	FIXOMUL 10CM * 10 MT	UND	1			
68	FIXOMUL 5CM * 10 MT	ROLLO	1			
69	HEMOVAC 1/4 REF 1002 PLASTIMEDICOS	ROLLO	1			
70	HEMOVAC 1/8 REF 1002 PLASTIMEDICOS	UND	1			
71	HEMOVAC 3/16 REF 1002 PLASTIMEDICOS	UND	1			
72	INHALOCAMARA NEONATAL	UND	1			
73	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.7	UND	1			
74	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.8	KIT	1			
75	LINEA MUESTREO CO2 EMPATE MACHO/MACHO 245 CM	KIT	1			
76	MASCARA BITRAC REF. 313-8108X	UND	1			
77	MASCARA BITRAC REF 313-8118X	UND	1			
78	MASCARA BITRAC SE MAXSHIELD 22MM HEMBRA + ARNES	UND	1			
79	MASCARA TRAQUEOSTOMIA REF. 0360	UND	1			
80	NEBULIZADOR JET	UND	1			
81	NIPLE CON TUERCA PARA OXIGENO	UND	1			
82	NUTRIFLO BOLSA 1.500ML	UND	1			
83	PAÑAL TENA SLIP L	UND	1			
84	PAÑAL TENA SLIP M	UND	1			



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



85	PAÑAL TENA SLIP S	UND	1				
86	PAPEL ELECTROCARDIOGRAFO AT-101	UND	1				
87	PERISAFE 18G * 36	KIT	1				
88	PLEUR-EVAC DRENAJE TORACICO 2.500ML	UND	1				
89	RECIPIENTE SUCCION (LINER) 2L CON GEL	UND	1				
90	SE PONE EN COMODATO 20 UND DE CANISTER , 20 SOPORTE, 5 ATRILES CONSUMO PROMEDIO MENSUAL 200 UND DE LINER		1				
91	RECOLECTOR DE SECRECIONES (TRAMPA LUCKEN)	UND	1				
92	SISTEMA SUCCION CERRADO # 14	UND	1				
93	SISTEMA SUCCION CERRADO # 6	UND	1				
94	SISTEMA SUCCION CERRADO # 8	UND	1				
95	SONDA NASOGASTRICA 12F TUNSGTENO	UND	1				
96	SONDA NELATON NO. 5	UND	1				
97	SUJETADOR ORAL ADULTO ENDOFIX II TUBO 6.5-8.5	UND	1				
98	TEGADER APOSITO 10 * 12 CM	UND	1				
99	TEGADER APOSITO 6 * 7 CM	UND	1				
100	TERMOMETRO DIGITAL RIGIDO	UND	1				
101	TETERO-BIBERON de 5 u 8 onzas fabricado en policarbonato, esterilizable, con rosca, disco, capuchon y chupo de silicona, Nacional	UND	1				
102	TIRAS PARA MONITOREO DE GLUCOSA	UND	1				
103	TRAMPA DE AGUA ADULTO/PEDIATRICA REF 920010-10530	UND	1				
104	TRANSPACK KIT TRANSDUCTOR EN PLASTICO	UND	1				
105	TRANSPACK SENCILLO REF PX 260	UND	1				
106	TUBO ENDOTRAQUEAL S/B No 2,0	UND	1				
107	TUBO OROTRAQUEAL S.B. 2.5	UND	1				
108	TUBO OROTRAQUEAL S.B. 3.5	UND	1				
109	TUBO OROTRAQUEAL S.B. 4.5	UND	1				
110	VASELINA POTE 500 GRAMOS	POTE X 500GR	1				
111	VALVULA PRECISION ESTANDAR REF 82-3003	UNIDAD	1				
112	VALVULA PRECISION ESTANDAR REF 82-3037	UND	1				
113	ADS NOLTRON SOLUCION INYECTABLE 4MG/4ML	AMP	1				
114	ANFOTERICINA B 50 MG	AMPOLLA	1				
115	ANTIVIPMYN SLN.INY 20 ML	AMP X 20 ML	1				
116	ROCEFIM 1G INYECTABLE	VIAL	1				
117	COLAGENASA (IRUXOL) UNGÜENTO TUBO * 40 GRAMOS	TUBO X 40 GRS	1				



**" UN HOSPITAL PARA TODOS "**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



118	COMPLEGEL NF	AMPOLLA	1			
119	CUROSURF 1.5 ML	AMP X 1,5 ML	1			
120	CUROSURF 3.0 ML	AMP X ,3 ML	1			
121	SURFACTANTE PULMONAR	4ML	1			
122	SURFACTANTE PULMONAR	4ML	1			
123	DEPAKENE	FRASCO	1			
124	DIBLOREC SOLUCION INYECTABLE 100MG/20ML	AMP X 20 ML	1			
125	DOBUTAMINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG	AMP X 20 ML	1			
126	ECALTA VIAL 100 MG	VIAL LIOFILIZADO	1			
127	ILIDAP AMPOLLA 10 MG/ML	CAJAX3	1			
128	FLORATIL PEDIATRICO SOBRE 250MG	SOBRE 250MG	1			
129	ACIDO FOLINICO 15 MG TABLETAS	TAB	1			
130	DORMICUM SOLUCION INYECTABLE 15MG/3ML	AMPOLLA	1			
131	DORMICUM SOLUCION INYECTABLE 5MG/5ML	AMPOLLA	1			
132	FILGRASTIM 300mcg	JERINGA	1			
133	GENTAMICINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG	AMP X 1ML	1			
134	GLUCOSAMINA 1500MG+CONDROITINA 1200MG	SOBRE	1			
135	IMAPREM DEXMEDETOMIDINA SOLUCION INY 100MCG	VIALX 2 ML	1			
136	KEFZOL (CEFAZOLINA) VIAL 1 GRAMO	VIAL 1GR	1			
137	KLARICID AMP 500MG	VIAL X 15CC	1			
138	LEVETIRACETAM TABLETA 500 MG	TABLETA X 500MG	1			
139	LEVOSIMENDAN (DAXIM) SLN.INY. 2.5MG	VIAL	1			
140	MAXIPIME VIAL 1 G (CEPEPIME)	VIAL	1			
141	MEROBAC (MEROPENEM) 1 GRAMO	VIAL X 30ML	1			
142	MEROBAC (MEROPENEM) 500MG	VIAL X 20ML	1			
143	MILRINONA (COROTROPE) SLN INYE 10 MG	AMP	1			
144	MOPERID SUSP FC X 60ML (DOMPERIDONA)	FRASCO	1			
145	NIMOTOP (NIMODIPINO) SLN. INY. 50MG/50ML	FRASCO X 50ML	1			
146	OXEPA FRASCO 500 ML	FCO	1			
147	PANCURONIO BROMURO SOLUCION INYECTABLE	AMP X 2ML	1			
148	PLASIL SOLUCION INYECTABLE 10MG/2ML	AMP X 2ML	1			
149	PLAVIX TABLETA 75 MG	TABLETA 75MG	1			



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



150	POLIMIXINA B POLVO LIOFILIZADO PARA INYECCION 500.000 UI	FRASCO VIAL	1				
151	PROTAMINA SOLUCION INYECTABLE 50MG/5ML	AMP X 5ML	1				
152	QUINOPRON SOLUCION INYECTABLE 100 MG	VIAL X 10ML	1				
153	SOLUCORTEF ( HIDROCORTISONA)VIAL 100 MG	AMP X 2ML	1				
154	SOLUMEDROL POLVO 500 MG(METILPREDNISOLONA)	AMP X 4ML	1				
155	SOMATOSTANINA 3MG	VIAL	1				
156	SOMAZINA 500MG CJ X 10 TAB	CAJAX10	1				
157	SULFATO FERROSO GOTAS	FRASCO X 20ML	1				
158	TAPECTAM AMP 4,5GR /PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4.5G AMP	VIAL	1				
159	TEGRETOL R TABLETA * 400 MG	CAJAX20TAB	1				
160	TOPIRAMATO TAB 50 MG	CAJA X30	1				
161	TRAUCET (ACETAMINOFEN)SOLUCION INYECTABLE 1GR	VIAL X 100ML	1				
162	UNASYN 1,5GR	AMP X 1,5GR	1				
163	VANCOCIN 500MG CP INYECTABLE (VANCOMICINA)	AMPOLLA	1				
164	TOXICARB SUSPENSION ORAL FRASCO 250 ML	FRASCO X 250ML	1				
165	VFEND (VORICONAZOLE) SLN.INY. 200 MG	VIAL LIOFILIZADO	1				
166	VIRCIDAL INYECTABLE 250 MG (ACICLOVIR)	AMPOLLA	1				
167	VORICONAZOL 200MG TAB	TAB	1				
168	Dobutamina (Docarip) Premezclado	CAJAX2	1				
169	Nitroglicerina Premezclado	CAJAX2	1				
170	Nitroglicerina Premezclado	CAJAX1	1				
171	Ciprofloxacina Premezclado	CAJAX2	1				
172	VACUNA ANTITENICA - TOXOIDE TETANICO	VIAL	1				
173	VACUNA ABSORBIDA CONTRA EL TETANO TOXOIDE TETANICO -TETANOL	VIAL	1				
174	VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA	VIAL	1				
175	CANCIDAS POLVO 50 MG	AMP X 10 ML	1				
176	PRALIDOXIMA 2% SOL INYECTABLE (CONTRATHION)	AMP	1				
177	ALTEPLASA VIAL 50MG	50MG	1				
178	ARIXTRA (FONDAPARINUX) SLN INY. 2.5 MG	CAJAX2	1				
179	CYMEVENE SOLUCION INYECTABLE 500 MG	VIAL X 10 ML	1				
180	DORIBAX VIAL 500 MG	VIAL LIOFILIZADO	1				



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

181	INVANZ POLVO 1 GR (ERTAPENEM)	VIAL LIOFILIZADO	1				
182	PEYONA AMP (CAFEINA)	AMP X 1ML	1				
183	TEGRETOL R TABLETA * 400 MG	CAJAX20TAB	1				
184	TYGACIL POLVO 50 MG	CAJAX10	1				
185	ZYVOXID BOLSA 600/300MG	CAJAX10	1				
186	INMONUGLOBULINA HUMANA G	VIAL	1				
187	ALITRAQ POLVO SOBRE * 2.68 ONZAS	SOBRE*2,68OZ	1				
188	FORMULA INFANTIL EN POLVO S-26 SIN LACTOSA	TARRO X 400 GR	1				
189	GLUCERNA 1,5 KCL FCO X 1000 ML	FRASCO X 1000ML	1				
190	LACTULAX SOBRE 15 ML	SOBRE X 15ML	1				
191	PEDIAVIT GOTAS FCO x 10 ml (INSTI)	FRASCO X 10 ML	1				
192	S-26 GOLD RTF FRASCO * 100ML	FRASCO X 100ML	1				
193	S-26 LIQUIDA PREMATURO * 100ML	FRASCO X 100ML	1				
194	S-26 PREMATUROS X 400GR	LATA X 400GR	1				
195	SIMILAC 1 NG2	LATA X 400GR	1				
196	SIMILAC 1 X 850GR	LATA X 850GR	1				
197	SIMILAC 1 LIQUID 2 ONZ	FRASCO	1				
198	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL CARE 24 Cal X 2 ONZAS	FCO X 2 OZ	1				
199	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL CARE 30 Cal X 2 ONZAS	FCO X 2 OZ	1				
200	SIMILAC SENSITIVE SIN LACTOSA ETAPA 1 TARRO X 375g	TARROX375G	1				
201	SIMILAC ANTIRREFLUJO TARRO X 375 G	TARROX375G	1				
202	AMINOACIDOS ESENCIALES SOLUCION ORAL OSMOLITE	FRASCO 1,5 LTS	1				
203	PEDIASURE	TARRO X 400 GR	1				
204	PEDIASURE CLINICAL LIQUIDO FRASCO 8ONZ	FCO	1				
205	ENSURE TARRO X 400	TARRO X 400 GR	1				
206	ENSURE CLINICAL X 220 ML	BOTELLA	1				
207	ENSURE COMPACT 125ML	CAJX4	1				
208	CATGUT CROMADO 2-0 SH RF G123T	SOB	1				
209	CATGUT CROMADO 1 CT1 90CM REF 925T	SOB	1				
210	CATGUT CROMADO 0 CT1 90CM REF 924T	SOB	1				
211	CATGUT CROM 0 C/A SH	SOB	1				
212	CATGUT CROM CAL 3/0 C/A CT-1	SOB	1				
213	CATGUT CROM CAL 3/0 C/A RB-1	SOB	1				
214	CATGUT CROM CAL 3/0 C/A SH	SOB	1				



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)





**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA**

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



215	CATGUT CROM CAL 4/0 C/A RB-1	SOB	1				
216	CATGUT CROM CAL 5/0 C/A RB-1	SOB	1				
217	CATGUT CROMADO 2-0 CT1 70CM REF 811T	SOB	1				
218	CATGUT CROMADO 2-0 CT1 90CM REF 923T	SOB	1				
219	CATGUT CROMADO 4/0 C/A SH	SOB	1				
220	CATGUT O BP1 REF 47G	SOB	1				
221	CERA PARA HUESOS REF 31G	SOB	1				
222	ETHIBOND*GRN 0 75cm (1)CT-2 REF: B412H	SOB	1				
223	ETHIBOND CAL 2/0 C/A CT-2	SOB	1				
224	ETHIBONDO 1 CT1 REF X425H	SOB	1				
225	PROLEN 3-0 2SH REF 9522T	SOB	1				
226	PROLENE 0 C/A CT-1	SOB	1				
227	PROLENE 2-0 KS RECTA 8623H	SOB	1				
228	PROLENE 2-0 SC-26 REF 8185T	SOB	1				
229	PROLENE 3-0 PS1 REF 8663T	SOB	1				
230	PROLENE 3-0 SH REF 8522T	SOB	1				
231	PROLENE CAL 1 C/A CT-1	SOB	1				
232	PROLENE CAL 2/0 C/A CT-1	SOB	1				
233	PROLENE CAL 3/0 C/A KS (RECTA)	SOB	1				
234	PROLENE CAL 4/0 C/A 2SH	SOB	1				
235	PROLENE CAL 4/0 C/A E-19 O PS2	SOB	1				
236	PROLENE CAL 5/0 C/A 2 C-1	SOB	1				
237	PROLENE CAL 5/0 C/A E-13 O P-3	SOB	1				
238	PROLENE CAL 6/0 C/A 2C-1	SOB	1				
239	PROLENE CAL 6/0 C/A E-11 O P-1	SOB	1				
240	SEDA 2-0 SC-26 REF 1857	SOB	1				
241	SEDA 2-0 SH REF K833H	SOB	1				
242	SEDA CAL 0 C/A SH	SOB	1				
243	SEDA CAL 0 S/A	SOB	1				
244	SEDA CAL 3/0 C/A SH	SOB	1				
245	SEDA CAL 3/0 S/A	SOB	1				
246	SEDA CAL 5/0 C/A SC-20 FS-2	SOB	1				
247	SEDA NEGRA 2-0 SA RF SA85T	SOB	1				
248	VICRYL 2-070CM CT1 REF VCP339H	SOB	1				
249	VICRYL 3-0 SH REF XYVCP316H	SOB	1				
250	VICRYL CAL 0 C/A CT-1 H90	SOB	1				
251	VICRYL CAL 0 C/A SH	SOB	1				
252	VICRYL CAL 2/0 C/A SH	SOB	1				



**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

253	VICRYL CAL 4/0 C/A RB-1	SOB	1				
254	VICRYL CAL 5/0 C/A P-3	SOB	1				
255	VICRYL CAL 6/0 C/A P-3	SOB	1				
256	VICRYL 1 CT1 90CM	SOB	1				

El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE.

Serán de exclusiva responsabilidad del contratista los errores u omisiones en que incurra al indicar el valor de su propuesta, debiendo asumir los mayores costos y/o pérdidas que se deriven de dichos errores u omisiones, sin que por esta razón haya lugar a alegar ruptura del equilibrio contractual.

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

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

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

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Dirección y ciudad:

Teléfono:

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	<b>GJ-P1-PRI-MI-F3</b>	
		Versión 2	

### ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

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

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:

**ANEXO No. 4**

**FORMULARIO DE EXPERIENCIA**

Lugar y fecha

Doctora.  
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 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 directa No. XXX de 2019 que tiene por objeto: "OBJETO".

**Asunto:** 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: [Insertar información]  
 Ciudad:  
 Dirección:  
 Teléfono: