



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.



PROCESO DE MODALIDAD DE SELECCIÓN POR INVITACIÓN
CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 083 DE FECHA 11 DE FEBRERO DE 2019

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 INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL 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



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



DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD

La necesidad a contratar consiste en el **SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Los demás detalles del presente Proceso de Contratación también se encuentran incluidos en los Documentos del Proceso.

2

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
41116000	Reactivos de analizadores clínicos y diagnósticos
41121500	Equipo y suministro de pipetas y manipulación de líquidos.
41121700	Tubos de ensayo.

B. Valor estimado del Contrato

El valor estimado del contrato es de **CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$400.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, 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 **CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$400.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** suma que se encuentra amparada con el certificado de disponibilidad presupuestal No. **00211** del 06 de febrero de 2019, expedido por la profesional de presupuesto, el cual se encuentra en los rubro B0B040201 denominado: **PRESUESTO DE GASTOS, GASTOS DE OPERACIÓN, GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL**, Gastos para la Prestación de Servicios, Compra de Bienes para la Prestación de Servicios, los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2019.

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 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

AA



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 ciento veinte (120) 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 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 seis (6) meses y/o hasta agotar el presupuesto oficial; contado a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, la cual deberá ser firmada entre el Supervisor y el Contratista máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la firma del contrato. Para su ejecución se requerirá de la expedición del registro presupuestal y la aprobación de la garantía única y suscripción del acta de inicio.

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 de 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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.



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.

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



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





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



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 de SUMINISTRO y/o suministro de insumos para laboratorio clínico, cuyo valor sea igual o superior al ciento 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 hasta 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:

5

Relación de contrato (s) celebrado(s), Código del clasificador de Bienes y Servicios en el tercer nivel	Valor expresado en SMML
CODIGO DE LA CALSIFICACION UNSPSC	CUANTIA EN SALARIOS MINIMOS
41116000 – 41121500 - 41121700	483,02 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 483,02 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 dl 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 tenido 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 concurren 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

BA



" UN HOSPITAL PARA TODOS"
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050

www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.gov.co





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:

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 3,90

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.

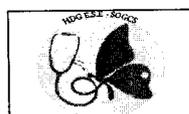
INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	IGUAL O MAYOR A (0,30)
RENTABILIDAD DEL ACTIVO	IGUAL O MAYOR A (0,09)

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





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



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**.

7

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



" UN HOSPITAL PARA TODOS "
 CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
 TELEFONO 6500510-6587800-6500521
 LINEA GRATUITA : 018000966050
www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.gov.co





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



<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 = $(OMV \cdot 500) / VOE$ 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
	<p>Cuando los bienes a suministrar y los servicios tengan en su componente industria nacional y extranjera (mixto).</p>	5	
	<p>Cuando los bienes a suministrar y los servicios correspondan a Industria Extranjera o cuando la oferta no informe el origen de la industria.</p>	0	
TOTAL			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:

1. 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.
2. 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.
3. 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



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





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.

10

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.

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 consorcio 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

AD



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.

11

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





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



concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.5.1. 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:

12

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
41	11	60	00
41	12	15	00
41	12	17	00

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**.

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.

AD

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



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





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.

13

C. Oferta Económica

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

Parágrafo Primero: 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 evaluara 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 tomado 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.

AA





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



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 la SUMINISTRO de insumos requeridos, por el Hospital (cantidades) de acuerdo a la necesidad del servicio:

14

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION
1	ACIDO URICO GEN.2 C311/C501 X400P	400
2	ALBUMINA BCG GEN.2 C311/C501 X300P	300
3	ALBUMINA TQ GEN2 C311/C501 X 100P	100
4	AMILASA GEN2 C311/C501 X 300P	300
5	AMMONIO C311/C501 X150DET.	150
6	ASLO TQ C311/C501 x 150P	150
7	BILIRRUBINA DIR. GEN2 C311 /C501 X 350P	350
8	BILIRRUBINA TOT GEN3 C311/C501 X 250P	250
9	C3c TINA QUANT C311/C501 X 100P	100
10	C4 TINA QUANT C311/C501 X 100P	100
11	CALCIO GEN2 C311/C501 X 300P	300
12	CK C311/C501 x 200P	200
13	CK-MB C311/C501 x 100P	100
14	COLESTEROL GEN2 C311/C501 X 400P	400
15	COLINESTERASA GEN.2 C311 /C501 X 200P	200
16	CREATININA GEN2 C311/C501 X 250P	250
17	CRPLX GEN3 C311/C501 x 300P	300
18	D-DIMERO GEN2 C311/C501 x 100p	100
19	ETOH Gen.2 C311/C501 x 100P	100
20	FOSFATABA ALK. GEN2 C311/C501 X 400P	400
21	FOSFORO GEN2 C311/C501 X250P	250
22	GAMMA GGT GEN2 C311/C501 x 400P	400
23	GLUCOSA GEN3. C311/C501 X 800P	800
24	GOT/AST . C311	500
25	GPT/ALT . C311	500
26	HBA1C TQ GEN3 C311/C501 X150P	150
27	HDL COLESTEROL C311/C501 x 350P	350
28	HIERRO GEN2 C311/C501 X 200P	200
29	LDH GEN2C311/C501 X300P	300
30	LDL-C Gen.3 C311/C501 x 200P	175
31	LIPASA C311/C501 x 200P	200

AA



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





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



32	MAGNESIO GEN2 C311/C501 X 250P	250
33	PREALBUMINA C311/C501 X 100P	100
34	PROTEINAS TOT. EN ORINA C311/C501 X150P	150
35	PROTEINAS TOT. GEN2 C311/C501 X300P	300
36	RFII C311/C501 X100P	100
37	FERRITINA TQ GEN4 C311/C501 x 250p	250
38	TRANSFERRINAGEN2 C311/C501 X 400P	100
39	TRIGLICERIDOS C311/C501 X250P	250
40	UREA/BUN C311/C501 X 500P	500
41	ETIQUETA CODIGO BARRAS	1000 UNI./ROLLO
42	Acido Urico 400T cobas c111	400
43	ALB-TQ 200T cobas c111	200
44	Albumin BCG 400T Cobas c111	400
45	ALT/GPT C111	400
46	Amilasa C111	200
47	AST/GOT C111	400
48	Bilirubin Direkt C111	100
49	Bilirubina Total C111	400
50	CK TOTAL C111	200
51	CK-MB C111	100
52	Colesterol for cobas® c 111	400
53	Creatinina PAP C111	200
54	Fosfatasa ALP Gen.2, 200T, cobas c111	200
55	HBA1C TINA Q. C111	200
56	GGT C111	400
57	Glucosa C111	400
58	HDL-C Gen.4 C111	200
59	LDH C111	100
60	LDL-C Gen.3 C111	100
61	Magnesio C111	100
62	PCR C111	200
63	Proteina Totales C111	400
64	Trigliceridos 200T cobas c111	200
65	Urea C111	400
66	Clean C111	4 X 21ml
67	Diluent (NAACL 9%)	4 x 12ml
68	Integral Cleaner x 1000ml	1 unidad
69	Micro Cuvette Segment	168 x 10
70	LAMPARA C111	Unidad
71	Elecsys BRAHMS PCT (procalcitonin)	100

15



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





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



72	ELECSYS FERRITINA X 100 DET	100
73	ELECSYS FOLATO x 100 DET.	100
74	ELECSYS FT3 II 200 DET	200
75	ELECSYS FT4 200 DET	200
76	ELECSYS HBsAg X 100 DET.	100
77	ELECSYS HCG+B II x 100 DET.	100
78	ELECSYS HIV COMBI	100
79	ELECSYS PSA 100 DET	100
80	ELECSYS RUBEOLA IgM X 100 DET	100
81	ELECSYS SYPHYLIS	100
82	ELECSYS T3 200 DET	200
83	ELECSYS T4 200 DET	200
84	ELECSYS TOXO IgG X 100 DET	100
85	ELECSYS TOXO IgM X 100 DET	100
86	ELECSYS TROPONINA - I STAT x 100 DET	100
87	ELECSYS TSH 200 DET	200
88	ELECSYS Vitamina B12 X 100 DET	100
89	Anti-HBc G2 Elecsys cobas e 100	100
90	Anti-HBs G2 Elecsys cobas e 100	100
91	ELECSYS AFP 100 DET	100
92	ELECSYS Anti HAV- IgM X 100 DET	100
93	ELECSYS ANTI-HBc IgM X 100 DET.	100
94	ELECSYS ANTI-HBe X 100 DET.	100
95	ELECSYS Anti-Tiroglobulina (incluye Calset)	100
96	ELECSYS ANTI-TPO (incluye calset) X 100 DET	100
97	ELECSYS beta libre	100
98	ELECSYS CA 125 II 100 DET	100
99	ELECSYS CA 15-3 II 100 DET	100
100	ELECSYS CA 19-9 100 DET	100
101	ELECSYS CEA 100 DET	100
102	ELECSYS CMV IgG	100
103	ELECSYS CMV IgM	100
104	ELECSYS Cortisol x 100 DET	100
105	ELECSYS ESTRADIOL II 100 DET	100
106	ELECSYS FSH 100 DET	100
107	ELECSYS HBeAg X 100 DET.	100
108	ELECSYS HCV X 100 DET	100
109	ELECSYS IgE x 100 DET	100
110	ELECSYS INSULIN x 100	100
111	ELECSYS LH 100 DET	100

16

Handwritten mark



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





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



112	Elecsys Progesterone G3 x 100Det	100
113	ELECSYS PROLACTINA 100 DET	100
114	ELECSYS PSA Free 2a. Gen.100 DET	100
115	ELECSYS PTH	100
116	ELECSYS RUBEOLA IgG X 100 DET	100
117	ELECSYS TESTOSTERONA 100 DET	100
118	ELECSYS TG 100 DET	100
119	ELECSYSY proBNP Elecsys	100
120	TSH NEONATAL	480
121	Sulfolvser 5L	6200
122	Cellpack DCL 20L	600
123	LysercallWDF	2500
124	Fluorocell WNR 2X 82 mi	3900
125	Fluorocell WDF	2500
126	CeDctean Auto (CCA-500A)	Unidad
127	Toner HP 80X laserjet printer m401n	1X CAJA
128	CELLPACK 20 L (PK-30L)	570
129	SYSMEX STROMATOLYSER-WH 3X 500 ML	1,600
130	COMBUR 10 TEST M	100
131	CONTROL ORINAS NORMAL Y PATOLOGICO	Unidad
132	S1 RINSE SOLUTION (2 PCS)	800
133	FLUID PACK S2 (1 PC)	800
134	S3 FLUID PACK A (1 PC)	800
135	ACCU-CHECK PERFORMA X50 STRIP	50
137	Tromboplastin-DS	10 x 4 mL
138	Cloruro de Calcio	10 x10 ml
139	APTT-XL	10 x 4 ml
140	Plasma Control Coagulación nivel 1	10 x 1 MI
141	Plasma Control Coagulación nivel 3	10 x 1 MI
142	Cuvetas TS200	Caja x 250X2
143	Papel Térmico	Rollo (1)
144	BACTEC PEDIÁTRICO PLUS/F X50	50
145	BACTEC PLUS AEROBIC/F X50	50
146	BACTEC PLUS ANAEROBIC X50	50
147	BACTEC MYCO/F LYTIC 50EA	50
148	PANEL NEG COMBO 72	50
149	PANEL POSITIVO COMBO 34	50
150	DIACLON ABD/ABD CONFIRMATION	CJ. x 48 UNID
151	ID CARD DIACLON ABO/D + REVERSE GROUP	CJ x 48 UNID

17

Handwritten signature



" UN HOSPITAL PARA TODOS"
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050

www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.gov.co





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



152	ID DIACELL I - II	KIT x 2 FCOS x 10
153	ID DIACELL ABO-A1-B	KIT x 2 FCOS x 10
154	ID CARD LISS COOMBS	CJ. x 48 UNID
155	ID DILUENT 2	FCO x 500 ML
156	ID QUALITY CONTROL SYSTEM	KIT x 8 VIALES
157	ID QUALITY CONTROL EXTERNAL	KIT x 3 VIALES
158	ID TIPS	PKT x 1000 UNID
159	ID TUBES	PKT x 1000 UNID
160	LysercellWNR	2500

18

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

- 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 o certificado de calidad de fabricación nacional e internacional, y/o certificado de calidad de fabricación ISO 13485, certificado de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento (CCAA), certificado de cumplimiento de condiciones sanitarias, y/o certificado de calidad de fabricación nacional e internacional. Según corresponda si es fabricante o importador.
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). O certificado de calidad de fabricación nacional e internacional.
Parágrafo Segundo: El oferente deberá anexar listado de los laboratorios fabricantes:
- Acta de la última visita efectuada por la Secretaría de Salud Distrital, y/o Departamental.

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.

	<p>" UN HOSPITAL PARA TODOS " CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.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 dos (2) 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- CONTRACTUAL	CONTRACTUAL	POST- CONTRACTUAL	APLICA		Porcent aje (%)	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
Calidad de los bienes suministrados		X		X		15	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		X		200 SMLMV	El valor equivalente es del 20 % del valor del contrato y en ningún caso será inferior a doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes. Y deberá ser constituida por el término de duración del contrato.

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



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. 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.
8. 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
9. Atender los requerimientos efectuados directamente por el contratante o por conducto del supervisor.
10. Constituir las garantías correspondientes.

20

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

1. Desarrollar el objeto del contrato, de conformidad con la naturaleza del suministro, 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.

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.

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.

21

IX. Cronograma

El siguiente es el Cronograma del Proceso de Contratación

ACTIVIDAD	FECHA Y HORA	LUGAR
PUBLICACIÓN TERMINOS DE REFERENCIA	11 de febrero de 2019 hora: 7:30 a.m hrs	SECOP Página electrónica www.colombiacompra.gov.co , Portal único de Contratación.
PUBLICACIÓN DE ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS	11 de febrero de 2019	Página electrónica www.colombiacompra.gov.co , Portal único de Contratación.
PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS Y CIERRE DEL PROCESO	14 de febrero de 2019 hasta las 5:00 p.m 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	15 de febrero 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



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



TRaslado del Informe de Evaluación, SubsanaCiones y Observaciones al Informe de Evaluación	15 de febrero de 2019 <u>Las observaciones deben presentarse por escrito y de manera personal por el representante legal o apoderado o representante legal suplente, anexando poder autenticado.</u>	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia y/o al correo electrónico contratacion@hospitalgranada.gov.co
ADJUDICACIÓN DECLARATORIA DESIERTA	19 de febrero de 2019	Página electrónica www.colombiacompra.gov.co , Portal único de Contratación.
ELABORACIÓN Y FIRMA DE LA MINUTA CONTRACTUAL.	19 de febrero 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
PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN ACTA DE INICIO	Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes de la firma del contrato	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 , Portal único de Contratación.

22

Cordialmente,

JESÚS EMILIO ROSADO SARABIA
Gerente E.S.E.

Proyecto:	Julián David Corrales Chacón – Técnico Contratación Proceso: Gestión Administrativa– Compañía Vital de Colombia COVICOL S.A.S.	
Proyecto Jurídicamente:	Diana Marcela Bohórquez Rodríguez – Asesora Jurídica en Contratación – Contrato de prestación de servicios profesionales No. 036 de 2019 - Hospital Departamental de Granada E.S.E.	



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





**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. 083 DE 2019, PARA LA SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E

23

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 INSUMOS MEDICOQURURGICOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS 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.



“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050

www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.gov.co





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



- 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) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

24

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

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

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

Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS) _____ (VALOR EN NUMEROS) _____ MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

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.



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



ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

Ciudad y fecha

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Granada-Meta.

25

REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 083 DE 2019, PARA EL SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS DE LA REFERENCIA, presentamos esta oferta economica para la "SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., así:

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION	I.V.A.	VALOR
1	ACIDO URICO GEN.2 C311/C501 X400P	400		
2	ALBUMINA BCG GEN.2 C311/C501 X300P	300		
3	ALBUMINA TQ GEN2 C311/C501 X 100P	100		
4	AMILASA GEN2 C311/C501 X 300P	300		
5	AMMONIO C311/C501 X150DET.	150		
6	ASLO TQ C311/C501 x 150P	150		
7	BILIRRUBINA DIR. GEN.2 C311 /C501 X 350P	350		
8	BILIRRUBINA TOT GEN3 C311/C501 X 250P	250		
9	C3c TINA QUANT C311/C501 X 100P	100		
10	C4 TINA QUANT C311/C501 X 100P	100		
11	CALCIO GEN2 C311/C501 X 300P	300		
12	CK C311/C501 x 200P	200		
13	CK-MB C311/C501 x 100P	100		
14	COLESTEROL GEN2 C311/C501 X 400P	400		
15	COLINESTERASA GEN.2 C311 /C501 X 200P	200		
16	CREATININA GEN2 C311/C501 X 250P	250		
17	CRPLX GEN3 C311/C501 x 300P	300		
18	D-DIMERO GEN2 C311/C501 x 100p	100		
19	ETOH Gen.2 C311/C501 x 100P	100		
20	FOSFATABA ALK. GEN2 C311/C501 X 400P	400		
21	FOSFORO GEN2 C311/C501 X250P	250		
22	GAMMA GGT GEN2 C311/C501 x 400P	400		



HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.



23	GLUCOSA GEN3. C311/C501 X 800P	800		
24	GOT/AST . C311	500		
25	GPT/ALT . C311	500		
26	HBA1C TQ GEN3 C311/C501 X150P	150		
27	HDL COLESTEROL C311/C501 x 350P	350		
28	HIERRO GEN2 C311/C501 X 200P	200		
29	LDH GEN2C311/C501 X300P	300		
30	LDL-C Gen.3 C311/C501 x 200P	175		
31	LIPASA C311/C501 x 200P	200		
32	MAGNESIO GEN2 C311/C501 X 250P	250		
33	PREALBUMINA C311/C501 X 100P	100		
34	PROTEINAS TOT. EN ORINA C311/C501 X150P	150		
35	PROTEINAS TOT. GEN2 C311/C501 X300P	300		
36	RFII C311/C501 X100P	100		
37	FERRITINA TQ GEN4 C311/C501 x 250p	250		
38	TRANSFERRINAGEN2 C311/C501 X 100P	100		
39	TRIGLICERIDOS C311/C501 X250P	250		
40	UREA/BUN C311/C501 X 500P	500		
41	ETIQUETA CODIGO BARRAS	1000 UNI./ROLLO		
42	Acido Urico 400T cobas c111	400		
43	ALB-TQ 200T cobas c111	200		
44	Albumin BCG 400T Cobas c111	400		
45	ALT/GPT C111	400		
46	Amilasa C111	200		
47	AST/GOT C111	400		
48	Bilirubin Direkt C111	100		
49	Bilirrubina Total C111	400		
50	CK TOTAL C111	200		
51	CK-MB C111	100		
52	Colesterol for cobas® c 111	400		
53	Creatinina PAP C111	200		
54	Fosfatasa ALP Gen.2, 200T, cobas c111	200		
55	HBA1C TINA Q. C111	200		
56	GGT C111	400		
57	Glucosa C111	400		
58	HDL-C Gen.4 C111	200		
59	LDH C111	100		
60	LDL-C Gen.3 C111	100		
61	Magnesio C111	100		
62	PCR C111	200		

26



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





HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA
E.S.E.



63	Proteina Totales C111	400		
64	Trigliceridos 200T cobas c111	200		
65	Urea C111	400		
66	Clean C111	4 X 21ml		
67	Diluent (NACL 9%)	4 x 12ml		
68	Integral Cleaner x 1000ml	1 unidad		
69	Micro Cuvette Segment	168 x 10		
70	LAMPARA C111	Unidad		
71	Elecsys BRAHMS PCT (procalcitonin)	100		
72	ELECSYS FERRITINA X 100 DET	100		
73	ELECSYS FOLATO x 100 DET.	100		
74	ELECSYS FT3 II 200 DET	200		
75	ELECSYS FT4 200 DET	200		
76	ELECSYS HBsAg X 100 DET.	100		
77	ELECSYS HCG+B II x 100 DET.	100		
78	ELECSYS HIV COMBI	100		
79	ELECSYS PSA 100 DET	100		
80	ELECSYS RUBEOLA IgM X 100 DET	100		
81	ELECSYS SYPHYLIS	100		
82	ELECSYS T3 200 DET	200		
83	ELECSYS T4 200 DET	200		
84	ELECSYS TOXO IgG X 100 DET	100		
85	ELECSYS TOXO IgM X 100 DET	100		
86	ELECSYS TROPONINA - I STAT x 100 DET.	100		
87	ELECSYS TSH 200 DET	200		
88	ELECSYS Vitamina B12 X 100 DET	100		
89	Anti-HBc G2 Elecsys cobas e 100	100		
90	Anti-HBs G2 Elecsys cobas e 100	100		
91	ELECSYS AFP 100 DET	100		
92	ELECSYS Anti HAV- IgM X 100 DET	100		
93	ELECSYS ANTI-HBc IgM X 100 DET.	100		
94	ELECSYS ANTI-HBe X 100 DET.	100		
95	ELECSYS Anti-Tiroglobulina (incluye Calset)	100		
96	ELECSYS ANTI-TPO (incluye calset) X 100 DET	100		
97	ELECSYS beta libre	100		
98	ELECSYS CA 125 II 100 DET	100		
99	ELECSYS CA 15-3 II100 DET	100		
100	ELECSYS CA 19-9 100 DET	100		
101	ELECSYS CEA 100 DET	100		
102	ELECSYS CMV IgG	100		

27



"UN HOSPITAL PARA TODOS"
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO. 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000965050

www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.gov.co





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



103	ELECSYS CMV IgM	100	
104	ELECSYS Cortisol x 100 DET	100	
105	ELECSYS ESTRADIOL II 100 DET	100	
106	ELECSYS FSH 100 DET	100	
107	ELECSYS HBeAg X 100 DET.	100	
108	ELECSYS HCV X 100 DET	100	
109	ELECSYS IgE x 100 DET	100	
110	ELECSYS INSULIN x 100	100	
111	ELECSYS LH 100 DET	100	
112	Elecsys Progesterone G3 x 100Det	100	
113	ELECSYS PROLACTINA 100 DET	100	
114	ELECSYS PSA Free 2a. Gen.100 DET	100	
115	ELECSYS PTH	100	
116	ELECSYS RUBEOLA IgG X 100 DET	100	
117	ELECSYS TESTOSTERONA 100 DET	100	
118	ELECSYS TG 100 DET	100	
119	ELECSYSY proBNP Elecsys	100	
120	TSH NEONATAL	480	
121	Sulfolyser 5L	6200	
122	Cellpack DCL.20L	600	
123	LysercallWDF	2500	
124	Fluorocell WNR 2X 82 mi	3900	
125	Fluorocell WDF	2500	
126	CeDctean Auto (CCA-500A)	Unidad	
127	Toner HP 80X laserjet printer m401n	1X CAJA	
128	CELLPACK 20 L (PK-30L)	570	
129	SYSMEX STROMATOLYSER-WH 3X 500 ML	1,600	
130	COMBUR 10 TEST M	100	
131	CONTROL ORINAS NORMAL Y PATOLOGICO	Unidad	
132	S1 RINSE SOLUTION (2 PCS)	800	
133	FLUID PACK S2 (1 PC)	800	
134	S3 FLUID PACK A (1 PC)	800	
135	ACCU-CHECK PERFORMA X50 STRIP	50	
137	Tromboplastin-DS	10 x 4 mL	
138	Cloruro de Calcio	10 x10 ml	
139	APTT-XL	10 x 4 ml	
140	Plasma Control Coagulación nivel 1	10 x 1 MI	
141	Plasma Control Coagulación nivel 3	10 x 1 MI	
142	Cuvetas TS200	Caja x 250X2	
143	Papel Térmico	Rollo (1)	



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





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



144	BACTEC PEDIÁTRICO PLUS/F X50	50		
145	BACTEC PLUS AEROBIC/F X50	50		
146	BACTEC PLUS ANAEROBIC X50	50		
147	BACTEC MYCO/F LYTIC 50EA	50		
148	PANEL NEG-COMBO 72	50		
149	PANEL POSITIVO COMBO 34	50		
150	DIACLON ABD/ABD CONFIRMATION	CJ. x 48 UNID		
151	ID CARD DIACLON ABO/D + REVERSE GROUP	CJ x 48 UNID		
152	ID DIACELL I - II	KIT x 2 FCOS x 10		
153	ID DIACELL ABO-A1-B	KIT x 2 FCOS x 10		
154	ID CARD LISS COOMBS	CJ. x 48 UNID		
155	ID DILUENT 2	FCO x 500 ML		
156	ID QUALITY CONTROL SYSTEM	KIT x 8 VIALES		
157	ID QUALITY CONTROL EXTERNAL	KIT x 3 VIALES		
158	ID TIPS	PKT x 1000 UNID		
159	ID TUBES	PKT x 1000 UNID		
160	LysercellIWNR	2500		

29

El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

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.



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





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



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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



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



ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

Señores

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

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

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

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

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

ANEXO No. 4

FORMULARIO DE EXPERIENCIA

Ciudad y fecha

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
 Granada-Meta.

32

REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 083 DE 2019, PARA EL SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS DE LA REFERENCIA, presentamos el formulario de experiencia para la "SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E", así:

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:



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



ANEXO No. 5

Constancia Estímulo a La Industria Nacional

Ciudad y fecha

Señores

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.

Granada-Meta.

33

Referencia: Proceso de Modalidad de Selección por Invitación Cerrada con Formalidades Plenas No. 083 de fecha 11 de febrero de 2019, cuyo objeto es la: "SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL 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,

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



" UN HOSPITAL PARA TODOS "
CALLE 15 CARRERA 2 Y 4
TELEFONO 6500510-6587800-6500521
LINEA GRATUITA : 018000966050
www.hospitalgranada.gov.co E-mail: contratacion@hospitalgranada.gov.co





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



ANEXO No. 6

OFERTA TÉCNICA

Ciudad y fecha

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Granada-Meta.

34

REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 083 DE 2019, PARA PARA LA SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS DE LA REFERENCIA, presentamos el formulario de oferta técnica para la "SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E", así:

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. **TODOS LOS PRODUCTOS DEBEN 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. **CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO (CCAA), certificado de cumplimiento de condiciones sanitarias. Según corresponda si es fabricante o importador.**
4. **Acta de la última visita efectuada por la Secretaría De Salud Departamental y/o Distrital.**



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

