



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



**PROCESO DE MODALIDAD DE SELECCIÓN POR INVITACIÓN  
CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 0113 DE FECHA 02 DE ABRIL 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 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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**

#### **DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD**



**" 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)





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



La necesidad a contratar consiste en el **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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.

**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
42221500	Accesorios y catéteres y cánulas intravenosasy arteriales.
42221600	Tubería y juegos de administración arterial o intravenoso y productos relacionados
42312100	Suministros de ostomía y productos no quirúrgicos de drenaje de heridas.
51101500	Antibióticos.
51131600	Anticoagulantes.
51152000	Agentes bloqueadores neuromusculares.

**B. Valor estimado del Contrato**

El valor estimado del contrato es de **OCHOCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$800.000.000,00) 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 **OCHOCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$800.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** suma que se encuentra amparada con el certificado de disponibilidad presupuestal No. **00391** del 12 de marzo de 2019, expedido por la profesional de presupuesto, el cual se encuentra en los rubro B0B040101 denominado: PRESUESTO DE GASTOS, GASTOS DE OPERACIÓN, GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL, Gastos de Comercilización, Compra de Bienes para la Venta, los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2019.

*AA*

**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,



**“ 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)



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

3

#### **D. Plazo de ejecución del Contrato**

El plazo de ejecución del contrato será de cuatro (4) meses y/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 y/o acta de aprobación de garantía cuando aplique. Para su ejecución se requerirá de la expedición del registro presupuestal y la aprobación de la garantía única y suscripción del acta de inicio.

#### **E. Lugar de ejecución del Contrato**

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

### **CAPITULO 3 REQUISITOS HABILITANTES**

#### **V. Requisitos Habilitantes**

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

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

#### **A. Capacidad Jurídica**



**" 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)





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 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:



**" 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)



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 médicoquirúrgicos y dispositivos médicos, cuyo valor sea igual o superior al ciento por ciento (50%) 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:

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
42221500, 42221600, 42312100, 51101500, 51131600, 51152000	966,05 SMMLV

5

Los proponentes pueden certificar su experiencia en todos o en cualquiera de los códigos requeridos siempre que la experiencia acreditada sume un total de 966,05 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 concurran a la acreditación de la Experiencia deberá(n) identificarla a través de certificación suscrita bajo la gravedad de juramento por el Representante Legal, los bienes, obras y servicios a los cuales corresponde la experiencia que pretende acreditar, identificándolos con el Clasificador de Bienes y Servicios de las Naciones Unidas UNSPC v14\_081. Es decir, el Proponente deberá enmarcar cada uno de los contratos (en especial e objeto contractual y su alcancé) con los que se pretende acreditar la Experiencia en un Segmento, Familia, Clase y Producto del UNSPC v14\_081 (la codificación deberá constar de 8 dígitos)

**" 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)



**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 3,00

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.

**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 0.15

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 evaluará por separado y utilizando las formulas indicadas en cada caso.



**“ 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)



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

### E. Información financiera para Proponentes extranjeros

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

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

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

### VI. Evaluación de la Oferta

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

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

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

**Tabla 2 Puntaje Por Criterio De Evaluación.**

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

FACTOR	REQUISITO	PUNTAJE PARCIAL	PUNTAJE MÁXIMO
<p>La propuesta económica deberá presentarse en forma escrita (anexo No. 2) y deberá incluir los costos de los bienes y/o servicios que la componen.</p> <p>El proponente que ofrezca el menor precio del total de la oferta para el ítem, obtendrá 90 puntos, los demás obtendrán puntaje en forma proporcional descendente.</p> <p>Al factor PRECIO se le asignan (90) puntos, los</p>	<p>Puntaje por precio = <math>(OMV \times 500) / VOE</math>  Dónde: OMV = Oferta de menor valor.  VOE= valor total de la Oferta a evaluar</p>		90




**" 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)





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



cuales se otorgarán de acuerdo con el siguiente procedimiento:			
Apoyo a la industria nacional se valora de acuerdo con la certificación anexada	Cuando la totalidad de los bienes a suministrar y del servicio corresponda a Industria Nacional	10	10
	Cuando los bienes a suministrar y los servicios tengan en su componente industria nacional y extranjera (mixto).	5	
	Cuando los bienes a suministrar y los servicios correspondan a Industria Extranjera o cuando la oferta no informe el origen de la industria.	0	
<b>TOTAL</b>			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 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

*Handwritten signature*



menos el veinticinco por ciento (25%) en el *consorcio*, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar *mínimo* el *veinticinco por ciento* (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.

4. Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto en los términos de referencia del proceso de Contratación.

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

#### CAPITULO 4 PROCEDIMIENTO PARA LA PONDERACION

##### A. Factor Económico

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

##### Media geométrica con presupuesto oficial

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

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

##### B. Puntaje de Apoyo a la Industria Nacional

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

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

##### C. Acreditación de Requisitos Habilitantes

El Proponente debe incluir en su Oferta los siguientes documentos:

	<p><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></p>	
---	--	---



### 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 residenciadas 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 consocio o unión temporal.
4. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: El proponente deberá allegar la carta de presentación de la propuesta firmada por el proponente persona natural o el representante legal de la persona jurídica, del consorcio o de la unión temporal, según sea el caso, de conformidad con el anexo No. 1 del Pliego de Condiciones del presente proceso de contratación.

### 5. *CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:*

El proponente debe adjuntar con su propuesta, una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de los aportes realizados durante el término de vigencia de la empresa y por lo menos durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003.

Dicha certificación debe estar suscrita por el Revisor Fiscal de la sociedad si existe obligación legal de tenerlo, o en su defecto la certificación debe estar suscrita por el Representante Legal de la sociedad proponente.

En caso de haber suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá el Revisor Fiscal o en su defecto el Representante Legal manifestar en la certificación que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.



**" 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)



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

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

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

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

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

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

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

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

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



**" 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)



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 abril de 2008, suscrita por el Contralor General de la República, el Ministerio verificará en la página web de la Contraloría General de la Republica.

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

## 2. Experiencia

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

## 3. Capacidad Financiera y Capacidad Organizacional

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

## C. Oferta Económica

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



**“ 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)



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

13

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.

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:

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION
1	ALCOHOL ANTISEPTICO X 700 ML	BOTELLA X 700ML
2	TOALLAS DE PAPEL PARA MANOS 73697	ROLLO
3	IOBAN - CAMPOS DE INCISION REF: 6648 , MARCA: 3M DE 56 CMS. X 60 CMS.	CAJA
4	ADAPTADOR EN T PARA NEBULIZAR	UND
5	AGUA OXIGENADA 120ML	FRESCOX120ML
6	BARRERA PROTEC FLEX NO. 32	UND
7	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 40MM	UND
8	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 50MM	UND
9	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 60MM	UND
10	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 70MM	UND
11	BOLSA DRENABLE OSTOMIA OPACA 32MM	UND
12	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 40MM	UND
13	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 50MM	UND
14	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 60MM	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)





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



15	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 70MM	UND
16	BARRERA PROTECTORA STOMAHESIVE 20X20	UND
17	SENSOR FLOTRAC PARA MEDICION DE GASTO CARDIACO MINIMANETE INVASIVO	UND
18	CANULA DE ALTO FLUJO TALLAJE PARA NEONATL PARA USO CON CIRCUITO RT329 UNICAMENTE - FISHER &	UND
19	CANULA DE ALTO FLUJO TALLAJE PARA PREMATURO PARA USO CON CIRCUITO RT329 UNICAMENTE - FISHER &	UND
20	CATÉTER ARTERIAL ADULTO 5FR CON KIT DE GASTO CARDIACO Y PARÁMETROS POR TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR - VOLUME VIEW	UND
21	CATETER VENOSO CENTRAL DE OXIMETRIA CONTINUA PRESEP 8.5 FR	UND
22	CATETER MULTIPROPOSITO DE 8FR	UND
23	CATETER DRENAJE BILLIAR 8FR	UND
24	CAVAFIX DUO 475 G-16 X 70 CMS CATETER PERIFERICO	UND
25	CATETER VENOSO CENTRAL PEDIATRICO BILUMEN 4,5 X 13CM	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 TEMPORAL RECTO BILUMEN ADULTO COAXIAL EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 15CM CON SET DE INSERCION	UND
33	CATETER TEMPORAL RECTO BILUMEN ADULTO COAXIAL EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 20CM CON SET DE INSERCION	UND
34	CATETER TEMPORAL PRECURVADO HACIAL EL LADO BILUMEN ADULTO COAXIALYUGULAR EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 15CM CON SET DE INSERCION	UND
35	CATETER PERITONEAL RECTO NEONATAL 1 RETEN 15FR, 18CM CON SET DE INSERCION	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 (IMPORTADO POR ALFAMED)	UND
41	CATETER UMBILICAL NO. 0.5FR	UND
42	CATETER UMBILICAL NO. 3.5FR	UND
43	CATETER UMBILICAL NO. 5.0FR	UND
44	MANGUERA DE SUCCION SILICONADA CAJAX15MTS	UND
45	CIRCUITO DE VENTILACION ADULTO REF: 5703, MARCA: WESTMED - USA	CAJA
46	CIRCUITO VENTILACION NEONATAL CON TRAMPA DE AGUA	UND
47	CIRCUITO PARA ANESTESIA ADULTO	UND
48	CIRCUITO PARA ANESTESIA PEDIATRICO	UND
49	MASCARA INFANTIL PARA CPAP BC800-10 1,00 0	UND
50	ELECTRODO MARCAPASO 6F SIN BALON	CAJAX10
51	ELECTRODO NEONATAL PEDIATRICO	UND
52	EQUIPO PARA MEDIR PRESION VENOSA CENTRAL	UND
53	CAT EXTENSION SET STDAR BAXTER REF 2N8374	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 MICROPORÉ PIEL 1"	UND

14

SA



**" 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)





62	ESPARADRAPO MICROPORE PIEL 1"	ROLLO
63	ESPARADRAPO SEDA 12 * 10	ROLLO
64	LEUKOPLAST 12 X 10	TUBO
65	FILTRO BACTERIAL PARA VENTILACION	TUBO
66	FILTRO NARIZ CAMELLO ADULTO	UND
67	ESPARADRAPO TIPO FIXOMUL 10CM * 10 MT	UND
68	ESPARADRAPO TIPO FIXOMUL 5CM * 10 MT	ROLLO
69	SUCCIONADOR POST-QUIRURGICO 1/4	ROLLO
70	SUCCIONADOR POST-QUIRURGICO 1/8	UND
71	SUCCIONADOR POST-QUIRURGICO 3/16	UND
72	INHALOCAMARA NEONATAL	UND
73	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.7 CANULA PREMONTADA , BISTURI, JERINGA, ALAMBRE GUIA, CANULA DE PUNCION , FILTADOR CORTO , DILATADOR LARGO (CUERNO RINOCERONTE), CAT GUIA CON BLOQUE DE SEGURIDAD ATRAUMATICO, 4 COMPRESAS	UND
74	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.8 CANULA PREMONTADA , BISTURI, JERINGA, ALAMBRE GUIA, CANULA DE PUNCION , FILTADOR CORTO , DILATADOR LARGO (CUERNO RINOCERONTE), CAT GUIA CON BLOQUE DE SEGURIDAD ATRAUMATICO, 4 COMPRESAS	KIT
75	LINEA DE MUESTREO CO2 EMP MACHO MACHO 245CM LARGO,	KIT
76	MASCARA BITRAC REF. 313-8108X	UND
77	MASCARA BITRAC REF 313-8118X	UND
78	MASCARA BITRAC SE MAXSHIELD 22MM HEMBRA + ARNES STAD NVA REF 3139509	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 90X90X400	UND
87	KIT CATETER EPIDURAL G-18	KIT
88	PLEUR-EVAC DRENAJE TORACICO 3 CAMARAS	UND
89	LINER RECEPTAL 2L CON VALVULA CON SOLIDIFICANTE	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	CATETER DE SUCCION CERRADO 14 FR 72H+JERINGAS-GHC	UND
93	CATETER DE SUCCION CERRADO 6 FR 72H+JERINGAS-GHC	UND
94	CATETER DE SUCCION CERRADO 8 FR 72H+JERINGAS-GHC	UND
95	SONDA NASOGASTRICA 12F TUNSGTENO	UND
96	SONDA NELATON NO. 5	UND
97	SUJETADOR ORAL ADULTO ENDOFIX II TUBO 6.5-8.5, CORREA SUJETADOR	UND
98	APOSITO TIPO TEGADERM 10 * 12 CMS	UND
99	APOSITO TIPO TEGADERM 6 * 7 CMS	UND
100	TERMOMETRO DIGITAL RIGIDO	UND
101	BIBERON DE 5 U 8 ONZAS FABRICADO EN POLICARBONATO, ESTERILIZABLE, CON ROSCA, DISCO, CAPUCHON Y CHUPO DE SILICONA, NACIONAL	UND
102	TIRA PARA MONITORIA DE GLUCOSA , COMO APOYO TECNOLÓGICO SE 1 LANCETA POR CADA TIRA Y 1 UN GLUCOMETRO POR CADA 8 CAJAS X 50 UND DE TIRAS	UND
103	TRAMPA DE AGUA ADULTO/PEDIATRICA REF 920010-10530	UND
104	TRANSPACK KIT TRANSDUCTOR ARTERIAL VAN PLUS PXUVT 260	UND
105	TRANSPACK SENCILLO REF PX 260	UND
106	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 2,0	UND
107	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 2,5	UND
108	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 3,5	UND

15

*Handwritten signature*



**" 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)





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



109	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 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 PEDIATRICA	UND
113	NOREPINEFRINA 4MG/4ML	AMP
114	ANFOTERICINA B 50 MG	AMPOLLA
115	ANTIVIPMYN SLN.INY 20 ML FABOTERAPICO POLIVALENTE	AMP X 20 ML
116	ROCEFIM	VIAL
117	COLAGENASA UNGÜENTO TUBO 40GR	TUBO X 40 GRS
118	COMPLEGEL NF	AMPOLLA
119	SURFACTANTE PILMONAR 1,5	AMP X 1,5 ML
120	SURFACTANTE PILMONAR 3,0	AMP X ,3 ML
121	SURVANTA 4 ML CON CATETER - ABBVIE	4ML
122	SURVANTA 8 ML CON CATETER - ABBVIE	4ML
123	DEPAKENE	FRASCO
124	DIBLOREC SOLUCION INYECTABLE 100MG/20ML	AMP X 20 ML
125	DOBUTAMINA 250 MG / 20 ML CJA X 10 VIAL	AMP X 20 ML
126	ECALTA VIAL 100 MG	VIAL LIOFILIZADO
127	IBUPROFENO LISINATO INTRAVENOSO ILIDAP	CAJAX3
128	FLORATIL PEDIATRICO SOBRE 250MG	SOBRE 250MG
129	ACIDO FOLINICO 15 MG TABLETAS	TAB
130	MIDAZOLAN 15MG/3L	AMPOLLA
131	MIDAZOLAN 5MG/5L	AMPOLLA
132	FILGRASTIM 300MCG JERINGA PRELLENADA	JERINGA
133	GENTAMICINA 40 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE	AMP X 1ML
134	GLUCOSAMINA+CONDROITINA 1500+1200MG SOB	SOBRE
135	DEXMEDETOMIDINA 0,2MG/2ML SOL. INY	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 1 G INY CJA X 1 UND	VIAL X 30ML
142	MEROBAC 500 G INY CJA X 1 UND	VIAL X 20ML
143	MILRINONASLN INYE 10 MG/10ML	AMP
144	DOMPERIDONA 1MG/5ML SUSP. ORAL FCOX60ML	FRASCO
145	NIMODIPINA 10MG/50ML FCO VIAL	FRASCO X 50ML
146	OXEPA FRASCO 500 ML	FCO
147	PANCURONIO BROMURO 4MG/2ML AMP	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	CIPROFLOXACINO 100MG/10ML AMP	VIAL X 10ML
153	SOLUCORTEF ( HIDROCORTISONA)VIAL 100 MG	AMP X 2ML
154	SOLUMEDROL POLVO 500 MG(METILPREDNISOLONA)	AMP X 4ML
155	DELTSSOMAT SOMATOSTANINA 3MG VIAL X 3MG	VIAL
156	SOMAZINA 500MG CJ X 10 TAB	CAJAX10
157	SULFATO FERROSO 125MG GOT FCOX20ML	FRASCO X 20ML
158	TAPECTAM (PIP 4.0G+TAZ 0.5G) INY CJA X 1	VIAL
159	TEGRETOL R TABLETA * 400 MG	CAJAX20TAB
160	TOPIRAMATO 50MG TAB/ PROTOMAX 50 MG	CAJA X30
161	ACETAMINOFEN 1GR/ML SOL INY	VIAL X 100ML
162	UNASYN 1,5GR	AMP X 1,5GR
163	VANCOMICINA 500MG	AMPOLLA
164	CARBON ACTIVADO EN SUSPENSION	FRASCO X 250ML

*Handwritten mark*

16



**" 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)







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



165	VFEND (VORICONAZOLE) SLN.INY. 200 MG	VIAL LIOFILIZADO
166	ACICLOVIR 250MG/10ML AMP	AMPOLLA
167	VORICONAZOL 200MG TAB	TAB
168	DOBUTAMINA (DOCARIP) PREMEZCLADO1MG/1ML	CAJAX2
169	NITROGLICERINA PREMEZCLADO 50MG/250ML	CAJAX2
170	NITROGLICERINA PREMEZCLADO 20MG/200ML	CAJAX1
171	CIPROFLOXACINA PREMEZCLADO 400MG/ML	CAJAX2
172	VACUNA ANTITENICA - TOXOIDE TETANICO UNIDOSIS VIAL 0,5ML	VIAL
173	VACUNA ABSORBIDA CONTRA EL TETANO TOXOIDE TETANICO -TETANOL UNIDOSIS VIAL 0,5ML	VIAL
174	VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA UNIDOSIS VA -MENGOC BC VIAL X 0,5ML	VIAL
175	CASPOFUNGINA) POLVO 50 MG	AMP X 10 ML
176	CONTRATHION 200 MG VIAL LIOFILIZADO POR 200 MG. CAJA DE 10 VIALES MÁS 10 AMPOLLAS DE SOLVENTE.	AMP
177	ACTILYSE	50MG
178	ARIXTRA (FONDAPARINUX) SLN INY. 2.5 MG	CAJAX2
179	GANCICLOVIR	VIAL X 10 ML
180	DORIPENEN	VIAL LIOFILIZADO
181	INVANZ POLVO 1 GR (ERTAPENEM)	VIAL LIOFILIZADO
182	CITRATO DE CAFEINA INYECT	AMP X 1ML
183	TYGACIL POLVO 50 MG VIAL X 5ML	CAJAX20TAB
184	ZYVOXID BOLSA 600/300MG	CAJAX10
185	INMONUGLOBULINA HUMANA G- GAMMARAAS 5% VIAL GR/100ML	CAJAX10
186	ALITRAQ POLVO SOBRE * 2.68 ONZAS	VIAL
187	FORMULA INFANTIL EN POLVO S-26 SIN LACTOSA	SOBRE*2,68OZ
188	GLUCERNA 1,5 KCL FCO X 1000 ML	TARRO X 400 GR
189	LACTULAX SOBRE 15 ML	FRASCO X 1000ML
190	PEDIAVIT GOTAS FCO X 10 ML (INSTI)	SOBRE X 15ML
191	S-26 GOLD RTF FRASCO * 100ML	FRASCO X 10 ML
192	S-26 LIQUIDA PREMATURO * 100ML	FRASCO X 100ML
193	S-26 PREMATUROS X 400GR	FRASCO X 100ML
194	SIMILAC 1 NG2	LATA X 400GR
195	SIMILAC 1 X 850GR	LATA X 400GR
196	SIMILAC 1 LIQUID 2 ONZ	LATA X 850GR
197	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL CARE 24 CAL X 2 ONZAS	FRASCO
198	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL X 3 ONZAS	FCO X 2 OZ
199	SIMILAC SENSITIVE SIN LACTOSA ETAPA 1 TARRO X 375G	FCO X 2 OZ
200	SIMILAC ANTIRREFLUJO TARRO X 375 G	TARROX375G
201	AMINOACIDOS ESENCIALES SOLUCION ORAL OSMOLITE	TARROX375G
202	PEDIASURE TARRO X 400	FRASCO 1,5 LTS
203	PEDIASURE CLINICAL LIQUIDO FRASCO 8ONZ	TARRO X 400 GR
204	ENSURE TARRO X 400 G NEW GEN	FCO
205	ENSURE ADVANCE RPB CLINICAL BOTELLA X 220ML	TARRO X 400 GR
206	ENSURE COMPACT RPB 125ML X 4UN	BOTELLA
207	CATGUT CROMICO 2/0 HR25-27 1A 70 CM	CAJAX4
208	CATGUT CROMICO 1 HR35-38 1A 90 CM	SOB
209	CATGUT CROMICO 0 HR35-38 1A 90 CM	SOB
210	CATGUT CROMICO 0 HR25 -27 1A 70 CM	SOB
211	CATGUT CROMICO 3/0 HR35-38 1A 70 CM	SOB
212	CATGUT CROMICO 3/0 HR15 1A 70 CM	SOB
213	CATGUT CROMICO 3/0 HR25-27 1A 70 CM	SOB
214	CATGUT CROMICO 4/0 HR15 1A 70 CM	SOB
215	CATGUT CROMICO 5/0 HR15 1A 70 CM	SOB
216	CATGUT CROMICO 2-0 HR35-38 1A 70 CM	SOB
217	CATGUT CROMICO 2/0 HR35-38 1A 90 CM	SOB
218	CATGUT CROMICO 4/0 HR25-27 1A 70 CM	SOB
219	CATGUT O BP1 REF 47G	SOB

17

*AM*



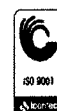
**" UN HOSPITAL PARA TODOS "**

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)





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



220	CERA PARA HUESOS	SOB
221	POLIESTER TRENZADO VERDE 0 HR25 1A 75 CM	SOB
222	ETHIBOND*GRN 2-0 75CM (1)CT-2 REF: B411H	SOB
223	PREMICRON 1 HR37S X 75CM POLIESTER TRENZADO MULTIFILAMENTO RECUBIERTO, NO ABSORBIBLE 1, CON AGUJA 1/2 CIRCULO REDONDA DE 37 MM, AGUJA REFORZADA, LONGITUD DE HEBRA 75 CM.	SOB
224	POLIPROPILENO 3/0 HR25-26 DOBLE AGUJA 90 CM	SOB
225	POLIPROPILENO 0 HR36 1A 75 CM	SOB
226	POLIPROPILENO 2/0 RC-60 (GS60-KS) 1A 75 CM	SOB
227	POLIPROPILENO 2/0 DC-26 1A 75 CM	SOB
228	POLIPROPILENO 3/0 DC-24 1A 75 CM	SOB
229	POLIPROPILENO 3/0 HR26 1A 75 CM	SOB
230	POLIPROPILENO 1 HR36 1A 75 CM	SOB
231	POLIPROPILENO 2/0 HR36 1A 75 CM	SOB
232	POLIPROPILENO 3/0 RC-60 (GS60-KS) 1A 75 CM	SOB
233	POLIPROPILENO 4/0 HR25 DOBLE AGUJA 75 CM - 90CM	SOB
234	POLIPROPILENO 4/0 DC-19 1A 75 CM	SOB
235	POLIPROPILENO 5/0 2XDR12 X 75CM POLIPROPILENO MONOFILAMENTO SINTETICO NO ABSORBIBLE 5/0, CON DOBLE AGUJA 3/8 CIRCULO REDONDA DE 12 MM, LONGITUD DE HEBRA 75 CM. MARCA B.BRAUN.	SOB
236	POLIPROPILENO 5/0 DC13 1A 45 CM	SOB
237	POLIPROPILENO 6/0 DRS13 DOBLE AGUJA 60CM-75	SOB
238	POLIPROPILENO 6/0 DCP-11 1A 75 CM	SOB
239	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 2/0 TS24-25 1A 75 CM	SOB
240	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 2/0 HR25-27 1A 75 CM	SOB
241	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 0 HR25-27 1A 75 CM	SOB
242	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 0 S/A 150 CM	SOB
243	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 3/0 HR25-27 1A 75 CM	SOB
244	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. MULT. 3/0 S/A 10X75 - 750 CM	SOB
245	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 5/0 TS19 1A 75 CM	SOB
246	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. MULT. 2/0 S/A 10X75 - 750 CM	SOB
247	PGA AC.POLIGLIC. 2/0 HRX36 1A 70 CM	SOB
248	PGA AC.POLIGLIC. 3/0 HR25-26 1A 70 CM	SOB
249	PGA AC.POLIGLIC. 0 HRX36 1A 90 CM	SOB
250	PGA AC.POLIGLIC. 0 HR26 1A 70 CM	SOB
251	PGA AC.POLIGLIC. 2/0 HR26 1A 70 CM	SOB
252	PGA AC.POLIGLIC. 4/0 HR17 1A 70 CM	SOB
253	PGA AC.POLIGLIC. 5/0 DC13 1A 70 CM	SOB
254	PGA AC.POLIGLIC. 6/0 DC13 1A 70 CM	SOB
255	PGA AC.POLIGLIC. 1 HRX36 1A 90 CM	SOB

18

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

*MA*

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

**E. Declaratoria de Desierta**

	<p><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></p>	
---	--	---

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.

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 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.

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.



**" 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)





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.

#### CAPITULO 4 CONDICIONES CONTRACTUALES

##### OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

20

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.

##### 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.



**" 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)



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	02 de abril de 2019 hora: 7:30 a.m hrs	SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.
PUBLICACIÓN DE ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS	02 de abril de 2019	Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.
PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS Y CIERRE DEL PROCESO	08 de abril 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	09 de abril 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
TRASLADO DEL INFORME DE EVALUACIÓN, SUBSANACIONES Y OBSERVACIONES AL INFORME DE EVALUACIÓN	09 de abril de 2019 <b><u>Las observaciones deben presentarse por escrito y de manera personal por el representante legal o en su defecto por su apoderado o representante legal suplente, anexando poder autenticado.</u></b>	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 <a href="mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a>




**" 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)



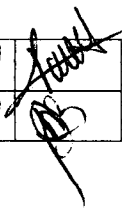
<b>ADJUDICACIÓN DECLARATORIA DESIERTA</b>	12 de abril de 2019	Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , <i>Portal único de Contratación.</i>
<b>ELABORACIÓN Y FIRMA DE LA MINUTA CONTRACTUAL.</b>	12 de abril de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
<b>PERFECCIONAMIENTO EJECUCIÓN ACTA DE INICIO</b>	Y 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 <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , <i>Portal único de Contratación.</i>

Cordialmente,



**JESÚS EMILIO ROSADO SARABIA**  
Gerente E.S.E.

<b>Proyecto:</b>	Julián David Corrales Chacón – Técnico Contratación Proceso: Gestión Administrativa– Compañía Vital de Colombia COVICOL S.A.S.
<b>Proyecto Jurídicamente:</b>	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.



## 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. 0113 DE 2019, PARA LA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.” y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

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



“ 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)



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



- 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.

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





**ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA**

Ciudad y fecha

Señores:

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

**REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 0113 DE 2019, PARA LA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

25

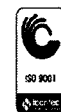
Respetados Señores

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 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.", así:

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION	I.V.A.	VALOR TOTAL
1	ALCOHOL ANTISEPTICO X 700 ML	BOTELLA X 700ML		
2	TOALLAS DE PAPEL PARA MANOS 73697	ROLLO		
3	IOBAN - CAMPOS DE INCISION REF: 6648 , MARCA: 3M DE 56 CMS. X 60 CMS.	CAJA		
4	ADAPTADOR EN T PARA NEBULIZAR	UND		
5	AGUA OXIGENADA 120ML	FRESCOX120ML		
6	BARRERA PROTEC FLEX NO. 32	UND		
7	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 40MM	UND		
8	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 50MM	UND		
9	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 60MM	UND		
10	BARRERA PROTECTORA PROXIMAL 70MM	UND		
11	BOLSA DRENABLE OSTOMIA OPACA 32MM	UND		
12	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 40MM	UND		
13	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 50MM	UND		
14	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 60MM	UND		
15	BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA NO 70MM	UND		
16	BARRERA PROTECTORA STOMAHESIVE 20X20	UND		
17	SENSOR FLOTRAC PARA MEDICION DE GASTO CARDIACO MINIMANETE INVASIVO	UND		
18	CANULA DE ALTO FLUJO TALLAJE PARA NEONATL PARA USO CON CIRCUITO RT329 UNICAMENTE - FISHER &	UND		
19	CANULA DE ALTO FLUJO TALLAJE PARA PREMATURO PARA USO CON CIRCUITO RT329 UNICAMENTE - FISHER &	UND		
20	CATÉTER ARTERIAL ADULTO 5FR CON KIT DE GASTO CARDIACO Y PARÁMETROS POR TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR - VOLUME VIEW	UND		
21	CATETER VENOSO CENTRAL DE OXIMETRIA CONTINUA PRESEP 8.5 FR	UND		
22	CATETER MULTIPROPOSITO DE 8FR	UND		
23	CATETER DRENAJE BILLIAR 8FR	UND		
24	CAVAFIX DUO 475 G-16 X 70 CMS CATETER PERIFERICO	UND		
25	CATETER VENOSO CENTRAL PEDIATRICO BILUMEN 4,5 X 13CM	UND		
26	CERTOFIX 16G X 20CM MONOLUMEN	UND		
27	CATETER VENOSO CENTRAL 7FR X 20 CM BILUMEN	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)




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



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 TEMPORAL RECTO BILUMEN ADULTO COAXIAL EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 15CM CON SET DE INSERCIÓN	UND	
33	CATETER TEMPORAL RECTO BILUMEN ADULTO COAXIAL EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 20CM CON SET DE INSERCIÓN	UND	
34	CATETER TEMPORAL PRECURVADO HACIAL EL LADO BILUMEN ADULTO COAXIALYUGULAR EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14FR, 15CM CON SET DE INSERCIÓN	UND	
35	CATETER PERITONEAL RECTO NEONATAL 1 RETEN 15FR, 18CM CON SET DE INSERCIÓN	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 DESFRIBRIDORES ADULTO REF: F7955 (IMPORTADO POR ALFAMED)	UND	
41	CATETER UMBILICAL NO. 0.5FR	UND	
42	CATETER UMBILICAL NO. 3.5FR	UND	
43	CATETER UMBILICAL NO. 5.0FR	UND	
44	MANGUERA DE SUCCION SILICONADA CAJAX15MTS	UND	
45	CIRCUITO DE VENTILACION ADULTO REF: 5703, MARCA: WESTMED - USA	CAJA	
46	CIRCUITO VENTILACION NEONATAL CON TRAMPA DE AGUA	UND	
47	CIRCUITO PARA ANESTESIA ADULTO	UND	
48	CIRCUITO PARA ANESTESIA PEDIATRICO	UND	
49	MASCARA INFANTIL PARA CPAP BC800-10 1,00 0	UND	
50	ELECTRODO MARCAPASO 6F SIN BALON	CAJAX10	
51	ELECTRODO NEONATAL PEDIATRICO	UND	
52	EQUIPO PARA MEDIR PRESION VENOSA CENTRAL	UND	
53	CAT EXTENSION SET STDAR BAXTER REF 2N8374	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"	ROLLO	
63	ESPARADRAPO SEDA 12 * 10	ROLLO	
64	LEUKOPLAST 12 X 10	TUBO	
65	FILTRO BACTERIAL PARA VENTILACION	TUBO	
66	FILTRO NARIZ CAMELLO ADULTO	UND	
67	ESPARADRAPO TIPO FIXOMUL 10CM * 10 MT	UND	
68	ESPARADRAPO TIPO FIXOMUL 5CM * 10 MT	ROLLO	
69	SUCCIONADOR POST-QUIRURGICO 1/4	ROLLO	
70	SUCCIONADOR POST-QUIRURGICO 1/8	UND	
71	SUCCIONADOR POST-QUIRURGICO 3/16	UND	
72	INHALOCAMARA NEONATAL	UND	
73	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.7 CANULA PREMONTADA , BISTURI, JERINGA, ALAMBRE GUIA, CANULA DE PUNCIÓN ,	UND	

26



**“ 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)



	FILATADOR CORTO , DILATADOR LARGO (CUERNO RINOCERONTE), CAT GUIA CON BLOQUE DE SEGURIDAD ATRAUMATICO, 4 COMPRESAS		
74	KIT DE TRAQUEOSTOMIA C/A NO.8 CANULA PREMONTADA , BISTURI, JERINGA, ALAMBRE GUIA, CANULA DE PUNCION , FILATADOR CORTO , DILATADOR LARGO (CUERNO RINOCERONTE), CAT GUIA CON BLOQUE DE SEGURIDAD ATRAUMATICO, 4 COMPRESAS	KIT	
75	LINEA DE MUESTREO CO2 EMP MACHO MACHO 245CM LARGO,	KIT	
76	MASCARA BITRAC REF. 313-8108X	UND	
77	MASCARA BITRAC REF 313-8118X	UND	
78	MASCARA BITRAC SE MAXSHIELD 22MM HEMBRA + ARNES STAD NVA REF 3139509	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 90X90X400	UND	
87	KIT CATETER EPIDURAL G-18	KIT	
88	PLEUR-EVAC DRENAJE TORACICO 3 CAMARAS	UND	
89	LINER RECEPTAL 2L CON VALVULA CON SOLIDIFICANTE	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	CATETER DE SUCCION CERRADO 14 FR 72H+JERINGAS-GHC	UND	
93	CATETER DE SUCCION CERRADO 6 FR 72H+JERINGAS-GHC	UND	
94	CATETER DE SUCCION CERRADO 8 FR 72H+JERINGAS-GHC	UND	
95	SONDA NASOGASTRICA 12F TUNSGTENO	UND	
96	SONDA NELATON NO. 5	UND	
97	SUJETADOR ORAL ADULTO ENDOFIX II TUBO 6.5-8.5, CORREA SUJETADOR	UND	
98	APOSITO TIPO TEGADERM 10 * 12 CMS	UND	
99	APOSITO TIPO TEGADERM 6 * 7 CMS	UND	
100	TERMOMETRO DIGITAL RIGIDO	UND	
101	BIBERON DE 5 U 8 ONZAS FABRICADO EN POLICARBONATO, ESTERILIZABLE, CON ROSCA, DISCO, CAPUCHON Y CHUPO DE SILICONA, NACIONAL	UND	
102	TIRA PARA MONITORIA DE GLUCOSA , COMO APOYO TECNOLOGICO SE 1 LANCETA POR CADA TIRA Y 1 UN GLUCOMETRO POR CADA 8 CAJAS X 50 UND DE TIRAS	UND	
103	TRAMPA DE AGUA ADULTO/PEDIATRICA REF 920010-10530	UND	
104	TRANSPACK KIT TRANSDUCTOR ARTERIAL VAN PLUS PXUVT 260	UND	
105	TRANSPACK SENCILLO REF PX 260	UND	
106	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 2,0	UND	
107	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 2,5	UND	
108	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 3,5	UND	
109	TUBO ENDOTRQUEAL S/B NO 4,5	UND	
110	VASELINA POTE 500 GRAMOS	POTE X 500GR	
111	VALVULA PRECISION ESTANDAR REF 82-3003	UNIDAD	





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



112	VALVULA PRECISION ESTANDAR REF 82-3037 PEDIATRICA	UND	
113	NOREPINEFRINA 4MG/4ML	AMP	
114	ANFOTERICINA B 50 MG	AMPOLLA	
115	ANTIVIPMYN SLN.INY 20 ML FABOTERAPICO POLIVALENTE	AMP X 20 ML	
116	ROCEFEN	VIAL	
117	COLAGENASA UNGÜENTO TUBO 40GR	TUBO X 40 GRS	
118	COMPLEGEL NF	AMPOLLA	
119	SURFACTANTE PILMONAR 1,5	AMP X 1,5 ML	
120	SURFACTANTE PILMONAR 3,0	AMP X ,3 ML	
121	SURVANTA 4 ML CON CATETER - ABBVIE	4ML	
122	SURVANTA 8 ML CON CATETER - ABBVIE	4ML	
123	DEPAKENE	FRASCO	
124	DIBLOREC SOLUCION INYECTABLE 100MG/20ML	AMP X 20 ML	
125	DOBUTAMINA 250 MG / 20 ML CJA X 10 VIAL	AMP X 20 ML	
126	ECALTA VIAL 100 MG	VIAL LIOFILIZADO	
127	IBUPROFENO LISINATO INTRAVENOSO ILIDAP	CAJAX3	
128	FLORATIL PEDIATRICO SOBRE 250MG	SOBRE 250MG	
129	ACIDO FOLINICO 15 MG TABLETAS	TAB	
130	MIDAZOLAN 15MG/3L	AMPOLLA	
131	MIDAZOLAN 5MG/5L	AMPOLLA	
132	FILGRASTIM 300MCG JERINGA PRELLENADA	JERINGA	
133	GENTAMICINA 40 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE	AMP X 1ML	
134	GLUCOSAMINA+CONDROITINA 1500+1200MG SOB	SOBRE	
135	DEXMEDETOMIDINA 0,2MG/2ML SOL. INY	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 1 G INY CJA X 1 UND	VIAL X 30ML	
142	MEROBAC 500 G INY CJA X 1 UND	VIAL X 20ML	
143	MILRINONASLN INYE 10 MG/10ML	AMP	
144	DOMPERIDONA 1MG/5ML SUSP. ORAL FCOX60ML	FRASCO	
145	NIMODIPINA 10MG/50ML FCO VIAL	FRASCO X 50ML	
146	OXEPA FRASCO 500 ML	FCO	
147	PANCURONIO BROMURO 4MG/2ML AMP	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 Uj	FRASCO VIAL	
151	PROTAMINA SOLUCION INYECTABLE 50MG/5ML	AMP X 5ML	
152	CIPROFLOXACINO 100MG/10ML AMP	VIAL X 10ML	
153	SOLUCORTEF ( HIDROCORTISONA)VIAL 100 MG	AMP X 2ML	
154	SOLUMEDROL POLVO 500 MG(METILPREDNISOLONA)	AMP X 4ML	
155	DELTSSOMAT SOMATOSTANINA 3MG VIAL X 3MG	VIAL	
156	SOMAZINA 500MG CJ X 10 TAB	CAJAX10	
157	SULFATO FERROSO 125MG GOT FCOX20ML	FRASCO X 20ML	
158	TAPECTAM (PIP 4.0G+TAZ 0.5G) INY CJA X 1	VIAL	
159	TEGRETOL R TABLETA * 400 MG	CAJAX20TAB	
160	TOPIRAMATO 50MG TAB/ PROTOMAX 50 MG	CAJA X30	
161	ACETAMINOFEN 1GR/ML SOL INY	VIAL X 100ML	
162	UNASYN 1,5GR	AMP X 1,5GR	

28



**“ 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)



163	VANCOMICINA 500MG	AMPOLLA	
164	CARBON ACTIVADO EN SUSPENSION	FRASCO X 250ML	
165	VFEND (VORICONAZOLE) SLN.INY. 200 MG	VIAL LIOFILIZADO	
166	ACICLOVIR 250MG/10ML AMP	AMPOLLA	
167	VORICONAZOL 200MG TAB	TAB	
168	DOBUTAMINA (DOCARIP) PREMEZCLADO1MG/1ML	CAJAX2	
169	NITROGLICERINA PREMEZCLADO 50MG/250ML	CAJAX2	
170	NITROGLICERINA PREMEZCLADO 20MG/200ML	CAJAX1	
171	CIPROFLOXACINA PREMEZCLADO 400MG/ML	CAJAX2	
172	VACUNA ANTITENICA - TOXOIDE TETANICO UNIDOSIS VIAL 0,5ML	VIAL	
173	VACUNA ABSORBIDA CONTRA EL TETANO TOXOIDE TETANICO -TETANOL UNIDOSIS VIAL 0,5ML	VIAL	
174	VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA UNIDOSIS VA -MENGOC BC VIAL X 0,5ML	VIAL	
175	CASPOFUNGINA) POLVO 50 MG	AMP X 10 ML	
176	CONTRATHION 200 MG VIAL LIOFILIZADO POR 200 MG. CAJA DE 10 VIALES MÁS 10 AMPOLLAS DE SOLVENTE.	AMP	
177	ACTILYSE	50MG	
178	ARIXTRA (FONDAPARINUX) SLN INY. 2.5 MG	CAJAX2	
179	GANCICLOVIR	VIAL X 10 ML	
180	DORIPENEM	VIAL LIOFILIZADO	
181	INVANZ POLVO 1 GR (ERTAPENEM)	VIAL LIOFILIZADO	
182	CITRATO DE CAFEINA INYECT	AMP X 1ML	
183	TYGACIL POLVO 50 MG VIAL X 5ML	CAJAX20TAB	
184	ZYVOXID BOLSA 600/300MG	CAJAX10	
185	INMONUGLOBULINA HUMANA G- GAMMARAAS 5% VIAL GR/100ML	CAJAX10	
186	ALITRAQ POLVO SOBRE * 2.68 ONZAS	VIAL	
187	FORMULA INFANTIL EN POLVO S-26 SIN LACTOSA	SOBRE*2,68OZ	
188	GLUCERNA 1,5 KCL FCO X 1000 ML	TARRO X 400 GR	
189	LACTULAX SOBRE 15 ML	FRASCO X 1000ML	
190	PEDIAVIT GOTAS FCO X 10 ML (INSTI)	SOBRE X 15ML	
191	S-26 GOLD RTF FRASCO * 100ML	FRASCO X 10 ML	
192	S-26 LIQUIDA PREMATURO * 100ML	FRASCO X 100ML	
193	S-26 PREMATUROS X 400GR	FRASCO X 100ML	
194	SIMILAC 1 NG2	LATA X 400GR	
195	SIMILAC 1 X 850GR	LATA X 400GR	
196	SIMILAC 1 LIQUID 2 ONZ	LATA X 850GR	
197	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL CARE 24 CAL X 2 ONZAS	FRASCO	
198	SIMILAC CUIDADO ESPECIAL X 3 ONZAS	FCO X 2 OZ	
199	SIMILAC SENSITIVE SIN LACTOSA ETAPA 1 TARRO X 375G	FCO X 2 OZ	
200	SIMILAC ANTIRREFLUJO TARRO X 375 G	TARROX375G	
201	AMINOACIDOS ESENCIALES SOLUCION ORAL OSMOLITE	TARROX375G	
202	PEDIASURE TARRO X 400	FRASCO 1,5 LTS	
203	PEDIASURE CLINICAL LIQUIDO FRASCO 8ONZ	TARRO X 400 GR	
204	ENSURE TARRO X 400 G NEW GEN	FCO	
205	ENSURE ADVANCE RPB CLINICAL BOTELLA X 220ML	TARRO X 400 GR	
206	ENSURE COMPACT RPB 125ML X 4UN	BOTELLA	
207	CATGUT CROMICO 2/0 HR25-27 1A 70 CM	CAJX4	
208	CATGUT CROMICO 1 HR35-38 1A 90 CM	SOB	
209	CATGUT CROMICO 0 HR35-38 1A 90 CM	SOB	





# HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.



210	CATGUT CROMICO 0 HR25 -27 1A 70 CM	SOB	
211	CATGUT CROMICO 3/0 HR35-38 1A 70 CM	SOB	
212	CATGUT CROMICO 3/0 HR15 1A 70 CM	SOB	
213	CATGUT CROMICO 3/0 HR25-27 1A 70 CM	SOB	
214	CATGUT CROMICO 4/0 HR15 1A 70 CM	SOB	
215	CATGUT CROMICO 5/0 HR15 1A 70 CM	SOB	
216	CATGUT CROMICO 2-0 HR35-38 1A 70 CM	SOB	
217	CATGUT CROMICO 2/0 HR35-38 1A 90 CM	SOB	
218	CATGUT CROMICO 4/0 HR25-27 1A 70 CM	SOB	
219	CATGUT O BP1 REF 47G	SOB	
220	CERA PARA HUESOS	SOB	
221	POLIESTER TRENZADO VERDE 0 HR25 1A 75 CM	SOB	
222	ETHIBOND*GRN 2-0 75CM (1)CT-2 REF: B411H	SOB	
223	PREMICRON 1 HR37S X 75CM POLIESTER TRENZADO MULTIFILAMENTO RECUBIERTO, NO ABSORBIBLE 1 ,CON AGUJA 1/2 CIRCULO REDONDA DE 37 MM, AGUJA REFORZADA, LONGITUD DE HEBRA 75 CM.	SOB	
224	POLIPROPILENO 3/0 HR25-26 DOBLE AGUJA 90 CM	SOB	
225	POLIPROPILENO 0 HR36 1A 75 CM	SOB	
226	POLIPROPILENO 2/0 RC-60 (GS60-KS) 1A 75 CM	SOB	
227	POLIPROPILENO 2/0 DC-26 1A 75 CM	SOB	
228	POLIPROPILENO 3/0 DC-24 1A 75 CM	SOB	
229	POLIPROPILENO 3/0 HR26 1A 75 CM	SOB	
230	POLIPROPILENO 1 HR36 1A 75 CM	SOB	
231	POLIPROPILENO 2/0 HR36 1A 75 CM	SOB	
232	POLIPROPILENO 3/0 RC-60 (GS60-KS) 1A 75 CM	SOB	
233	POLIPROPILENO 4/0 HR25 DOBLE AGUJA 75 CM - 90CM	SOB	
234	POLIPROPILENO 4/0 DC-19 1A 75 CM	SOB	
235	POLIPROPILENO 5/0 2XDR12 X 75CM POLIPROPILENO MONOFILAMENTO SINTETICO NO ABSORBIBLE 5/0, CON DOBLE AGUJA 3/8 CIRCULO REDONDA DE 12 MM, LONGITUD DE HEBRA 75 CM. MARCA B.BRAUN.	SOB	
236	POLIPROPILENO 5/0 DC13 1A 45 CM	SOB	
237	POLIPROPILENO 6/0 DRS13 DOBLE AGUJA 60CM-75	SOB	
238	POLIPROPILENO 6/0 DCP-11 1A 75 CM	SOB	
239	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 2/0 TS24-25 1A 75 CM	SOB	
240	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 2/0 HR25-27 1A 75 CM	SOB	
241	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 0 HR25-27 1A 75 CM	SOB	
242	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 0 S/A 150 CM	SOB	
243	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 3/0 HR25-27 1A 75 CM	SOB	
244	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. MULT. 3/0 S/A 10X75 - 750 CM	SOB	
245	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. 5/0 TS19 1A 75 CM	SOB	
246	SEDA NEGRA TRENZ. SILIC. MULT. 2/0 S/A 10X75 - 750 CM	SOB	
247	PGA AC.POLIGLIC. 2/0 HRX36 1A 70 CM	SOB	
248	PGA AC.POLIGLIC. 3/0 HR25-26 1A 70 CM	SOB	
249	PGA AC.POLIGLIC. 0 HRX36 1A 90 CM	SOB	
250	PGA AC.POLIGLIC. 0 HR26 1A 70 CM	SOB	
251	PGA AC.POLIGLIC. 2/0 HR26 1A 70 CM	SOB	
252	PGA AC.POLIGLIC. 4/0 HR17 1A 70 CM	SOB	
253	PGA AC.POLIGLIC. 5/0 DC13 1A 70 CM	SOB	
254	PGA AC.POLIGLIC. 6/0 DC13 1A 70 CM	SOB	
255	PGA AC.POLIGLIC. 1 HRX36 1A 90 CM	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)





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



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.

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

31



**" 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)





**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:



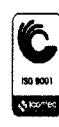
**“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”**

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)







**ANEXO No. 4**

**FORMULARIO DE EXPERIENCIA**

Ciudad y fecha

Señores

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

Granada-Meta.

33

**REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 0113 DE 2019, PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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:



**" 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)





**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.

**Referencia:** Proceso de Modalidad de Selección por Invitación Cerrada con Formalidades Plenas No. 0113 de fecha 02 de abril de 2019, cuyo objeto es la: "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

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



ANEXO No. 6

OFERTA TÉCNICA

Ciudad y fecha

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

35

**REFERENCIA: INVITACIÓN CERRADA CON FORMALIDADES PLENAS No. 0113 DE 2019, PARA PARA LA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y NEONATAL 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. TODO PRODUCTO DEBE TRAER EL REGISTRO SANITARIO DEL INVIMA.

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

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

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

