

**INVITACIÓN A COTIZAR
COMPRA DIRECTA
A QUIEN INTERESE
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E
NIT 899.999.032-5**

Tel: (1) 4077075 ext 10717
Dirección: Cra 8 N° 0- 55 Sur Bogota DC
Correo: compras.gestion1@hus.org.co
Numero solicitud: FB00020160099

OBJETO: COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR

V07AA017501	AC AMINOACETICO 1,5% SOLUCION 3000ml BOLSA	400	20
D08AA041301	AGUA OXIGENADA SOLUCION FCO 120ml	400	150
H02AB005701	BETAMETASONA 4mg/ml SLN INY AMPOLLA 1ml	300	700
N01BB014704	BUPIVACAINA 50mg SOL INY VIAL 10ml	1.500	312
B04AC035251	COLESTIRAMINA P.RECONSTITUIR SOBRE 4g	100	
H02AD006701	DEXAMETASONA 4mg/ml SOL INY AMPOLLA 1ml	5.000	2.200
N02BD026701	DIPIRONA 1g/2ml SOL INY AMPOLLA 2ml	17.000	1.500
C01CD029701	DOPAMINA SOL INY 200mg/5ml AMPOLLA 5ml	200	100
N01AF005701	FENTANILO 0,25mg/5ml SOL INY AMPOLLA 5ml	1.200	1.800
A11AA034710	FORMULA COMPLETA-CON FOS BALANCEADA 1KCAL 237ml	1.440	
B05BA0112076	FORMULA ENF HEPATICA COMPLETA SOBRE 110g	300	
B05BA107321	FORMULA OLIGOMERICA ARGININA LPC1000ml INMUNOMODULADORES ALTA PROTEINAS/CALORIAS	112	144
A11AA039651	FORMULA OLIGOMERICA GLUTAMINA SOBRE 76g	60	
V06DF017231	FORMULA OLIGOMERICA INMUNOMOD ARGININA 237ml	624	
V06DF019323	FORMULA POLIMERICA ALTA NITROG 1,5KCAL/ml LPC1000ml	64	
V06DF018231	FORMULA POLIMERICA ALTA NITROGENO 1,5KCAL 237ml	1.800	624
V06DF095414	FORMULA POLIMERICA RENAL 237ml ALTA PROTEINA	912	
V06DF021231	FORMULA POLIMERICA RENAL 237ml BAJA PROTEINA	264	24
S01AG003601	GENTAMICINA 0,3% SOL OFTALMICA FCO 5ml	50	24
A03DH013701	HIOSCINA/DIPIRONA 0,02g/2,5g SOL INY AMP 5ml	1.200	2.200
A10AI017017	INSULINA GLULISINA 100UI/ml SOL INY VIAL 10ml	15	2
P02CI009231	IVERMECTINA 0,6% SUSPENSION FCO 5ml	100	15
J05AL00143	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA 150mg/300mg TABLETA	210	50
V06CL13213	LECHE EXTENSAMENTE HIDROLIZADA ALERGIA PROTEINA LECHE VACA POLVO 400g	12	
V06CL021252	LECHE INFANTIL CON HIERRO POLVO 900g	42	
V06CL020255	LECHE PREMATUROS BAJO PESO FCO 2 OZ	7.104	
B05BA031804	MULTIVITAMINAS PEDIATRICAS VIAL 10ml	600	
C08CN008101	NIFEDIPINO 10mg CAPSULA	1.100	1.200
C08CN008141	NIMODIPINO 30mg TABLETA	1.000	



C01DN011701	NITROGLICERINA 50mg/10ml SOL INY AMP 10ml	300	50
J01DF041721	PIPERACINA/TAZOBACTAM 4g/0,5g P.RECONS VIAL	12.000	1.600

NOTA 1: El proponente deberá guiarse por las especificaciones técnicas, el incumplimiento de cualquiera de estas especificaciones dará a que la propuesta sea rechazada.

NOTA 2: Para respaldar el presente proceso de selección y pago del contrato que de él se derive, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA dispone dentro de su presupuesto de gastos de la vigencia 2016, recursos por valor de:

UNIDAD FUNCIONAL	PRESUPUESTO
BOGOTA	\$ 176.000.000
ZIPAQUIRA	\$28.000.000
TOTAL	\$ 204.000.000

2. DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

Para facilitar la correcta integración de la propuesta por parte del proponente, la unidad y celeridad en su estudio y la evaluación por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, el proponente deberá adjuntar original de los documentos de la propuesta en el mismo orden en que se relacionan a continuación:

- a) Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.
 - b) Certificado de Existencia y Representación Legal. Expedido por la autoridad o entidad competente según la ley, donde contenga la actividad económica, la cual debe estar relacionada con el objeto de la invitación y las facultades del Representante Legal, este certificado debe aportarse en original y haber sido expedido con una anterioridad no superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre de la invitación.
- En caso que las facultades del representante legal estén restringidas deberá anexar la autorización correspondiente expedida por el órgano competente para actuar en la presentación de la propuesta y en el perfeccionamiento y ejecución del contrato.
- c) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT. Donde se pruebe la actividad socioeconómica del proponente.
 - d) Certificación de paz y salvo de pago de aportes de seguridad social y parafiscales. Certificación en la cual se acredite el pago de los aportes realizados durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de propuestas de la presente convocatoria expedida por el revisor fiscal o por el representante legal y contador, según sea el caso.
 - e) Formato diligenciado del registro único proveedores del Hospital

3. OBLIGACIONES DEL OFERENTE

- 1). Entregar el objeto del contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas por el Hospital en cuanto a calidad, garantía y precio.
- 2). Entregar el objeto del contrato en óptimas condiciones de calidad y funcionamiento.
- 3). Dar cumplimiento al objeto del contrato de acuerdo con cada una de las partes estipuladas en él.
- 4). Garantizar la calidad de los elementos.
- 5). Garantizar que la ejecución se ajuste al Presupuesto propuesto.
- 7). Entregar las actividades dentro del término pactado y aprobado por el supervisor del contrato.

Handwritten signature or mark.

Subdirección de Bienes, Compras y Suministros

8). Poner en práctica procedimientos adecuados de construcción y de protección del mismo contra cualquier daño o deterioro que pueda afectar su calidad, estabilidad y acabados.

9). Tener precauciones a fin de conservar en perfecto estado los inmuebles, las estructuras e instalaciones y redes de servicio existentes dentro del área de trabajo o adyacentes a ella, siendo su responsabilidad cualquier daño que pueda ocasionarles.

4. CAUSALES DE RECHAZO DE PROPUESTAS

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, además de las causales señaladas y establecidas en la Constitución, la ley y en estatuto de contratación del HOSPITAL, podrá rechazar las propuestas en los siguientes casos:

a) Cuando se encuentre que el proponente esté incurso en alguna de las prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades previstas en la Constitución o en la Ley.

b) Cuando la propuesta sea jurídicamente inhabilitada

c) Cuando los documentos presenten borrones, tachones o enmendaduras y no se haya hecho la salvedad correspondiente, o cuando presente alteraciones o irregularidades.

d) Cuando la oferta supera el valor del presupuesto oficial estimado.

e) Cuando la propuesta se encuentre subordinada al cumplimiento de alguna condición.

5. FORMA DE PAGO

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA efectuará el pago a convenir, una vez radicada y aceptada la factura, previa presentación al supervisor de:

- Factura con los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren.

- Certificación del Supervisor del recibido a satisfacción.

6. LUGAR Y ENTREGA DE LAS COTIZACIONES

Las cotizaciones deben radicarse en la Oficina de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros del Hospital; las cotizaciones presentadas después de la fecha de cierre de la invitación, no serán tenidas en cuenta para el proceso de evaluación y posterior adjudicación o al correo compras.gestion1@hus.org.co compras.lider1@hus.org.co, notificaciones@hus.org.co y compras.lider@hus.org.co

NOTA: Además de la cotización favor enviar el siguiente formato diligenciado en Excel en medio magnético o por mail

ITEM	CODIGO INSTITUCIONAL	DESCRIPCION	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANTIDAD	MARCA	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL
------	----------------------	-------------	---------------------------	----------	-------	----------------	-----	----------------------	-------------

8. PLAZO DE EJECUCION

El plazo para la ejecución será de 90 días

9. FACTORES DE EVALUACIÓN

La adjudicación se hará al menor precio siempre y cuando cumpla con las especificaciones técnicas exigidas.

En caso de empate, se adjudicaran el o los ítems empatados al oferente con mayor número de ítems adjudicados

Fecha de la publicación de la invitación: 9 Junio de 2016 Hora 3:30 PM

Fecha de Retiro y cierre de la invitación: 13 de junio de 2016 Hora 3:00 PM


CARLOS ALFONSO MARTINEZ CAMARGO

Subdirector Bienes, Compras y Suministros

**ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN**

Bogotá, D.C.

Señor:

REPRESENTANTE LEGAL

Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana
Carrera 8 No. 0-55 Sur
Bogotá, D.C.

Ref. COMPRA DIRECTA DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO PARA PACIENTES DEL HUS

EL suscrito, obrando en representación de _____ y de acuerdo con las reglas que contienen los pliegos de condiciones y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, de manera atenta me permito presentar propuesta para Compra directa de material médico quirúrgico para pacientes del hus de la ese hospital universitario de la samaritana Bogotá., de acuerdo al objeto de la invitación en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, y en caso que me sea adjudicado el contrato, me comprometo a ejecutar el objeto contractual en la forma y especificaciones determinadas en los pliegos de condiciones y sus anexos, como lo ofrecido en la presente propuesta y a cumplir con todas las obligaciones que surjan de esta Invitación a cotizar y del contrato.

Expresamente manifiesto que:

- a) No estamos incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad según lo previsto por la Constitución Política, la ley y el Estatuto Contractual de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.
- b) Como representante legal tengo capacidad legal y estoy facultado para presentar esta propuesta.
- c) La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
- d) Hemos estudiado los pliegos y declaramos expresamente nuestra conformidad con dicha documentación y el sometimiento a la misma para presentar nuestra propuesta.
- e) Aceptamos las condiciones y demás requisitos contenidos en los pliegos de condiciones.
- f) Declaramos que asumimos toda la responsabilidad por cualquier error u omisión cometido en la preparación y presentación de la propuesta y por los compromisos adquiridos con la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA** y con terceros, derivada de ella.
- g) Nos comprometemos a mantener esta oferta por un período de noventa (90) días contados a partir de la fecha del cierre del proceso de selección o del vencimiento de sus prórrogas si las hubiere.
- h) Aceptamos las responsabilidades y obligaciones relacionadas con la entrega de la oferta y en caso de ser seleccionados, suscribiremos y legalizaremos el contrato en los plazos definidos en el cronograma del proceso de selección.
- i) Que el original de la propuesta consta de () folios, debidamente numerados.
- j) Me comprometo a actuar de buena fe en todo el proceso de selección y pos selección.
- k) Suministro la siguiente información para efectos de notificar o comunicar todos los actos que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, deba o considere necesario efectuar durante el curso de la presente invitación.

Dirección para notificación DIRECCIÓN – TELÉFONO –E-MAIL

(Nombre y firma del Representante Legal)

NOTA: LA FIRMA DE UNA PERSONA DIFERENTE AL REPRESENTANTE LEGAL O QUIEN HAYA DELEGADO O SU APODERADO, O LA AUSENCIA DE FIRMA, DARÁN LUGAR A QUE LA OFERTA SEA RECHAZADA.

Anexo 2:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SUBDIRECCION COMPRAS - SUMINISTROS
DATOS PROVEEDORES

RAZON SOCIAL _____

NIT: _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____

TELEFONOS _____ FAX _____

PÁGINA WEB: _____

GRAN CONTRIBUYENTE: _____ AUTORETENEDOR: _____

RESPONSABLE DE IVA: _____ RESPONSABLE DE ICA: _____

REGIMEN: COMUN SI _____ NO _____ SIMPLIFICADO: SI _____ NO _____

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: _____ TARIFA ICA: (Porcentaje) _____

PERSONA ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE VENTAS (En la empresa)

NOMBRE _____

TEL: _____ FAX _____

PERSONA ENCARGADA DE COTIZACIONES (En la empresa)

NOMBRE _____ TEL _____

LINEA DE ATENCIAL AL CLIENTE _____ FAX _____

HORARIO DE ATENCIÓN: _____ PÁGINA WEB: _____

REPRESENTANTE COMERCIAL (Persona Encargada de Nuestra Entidad)

NOMBRE : _____

TELEFONO FIJO: _____ CELULAR: _____ FAX _____

REPRESENTANTE LEGAL (Quién figura en Cámara de Comercio)

NOMBRE : _____

TEL: _____ FAX _____

CEDULA DE CIUDADANIA _____ CELULAR _____

Anexar a este formato: REGISTRO EN CAMARA DE COMERCIO (EXPEDICION NO SUPERIOR A 30 DIAS)

- ❖ FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL
- ❖ FOTOCOPIA RUT
- ❖ DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
- ❖ CERTIFICADO DE PARAFISCALES
- ❖ CERTIFICADO DE POLICIA, CONTRALORIA Y PROCURADURIA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.

NIT 899999032 - 5

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No 679 DEL 2016

EL SUSCRITO DIRECTOR FINANCIERO

CERTIFICA

Que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) siguiente(s) rubros presupuestal(es).

RUBRO PRESUPUESTAL

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR ACTUAL
B	41001	01	MEDICAMENTOS	176.000.000
B	41001	02	MEDICAMENTOS	28.000.000
				204.000.000

OBJETO CDP : PARA CUBRIR ADQUISICION DE MEDICAMENTOS SEDE BOGOTA Y U.F. ZIPAQUIRA

A SOLICITUD DE: JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES

Fecha de Expedición: 08/06/2016

Fecha de Vencimiento: 07/08/2016


MARLESBY SOTELO PUERTO

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera