

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

Tel: (1) 3371597  
Dirección: Cra 8 N° 0- 55 Sur Bogota DC  
Correo: [compras.gestion3@hus.org.co](mailto:compras.gestion3@hus.org.co) – [contratacion@hus.org.co](mailto:contratacion@hus.org.co)  
Numero solicitud: AG 178

**OBJETO: AQUISICION DE ACCESORIOS Y REPUESTOS PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES MARCA SPACELAB DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA.**

**1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR**

Producto - Servicio - Activo	Detalle	MARCA	Unidad	Cantidad
1910020100170	ADAPTADOR DE VOLTAJE ORIGINAL PARA MONITOR DE SIGNOS VITAL SPACE LABS SL2400		UND - UNIDAD	3
1910020100806	INTERFACE ECG ORIGINAL 5 LEADS PARA MONITOR SIGNOS VITALES SPACE LABS		UND - UNIDAD	10
1910020101087	CPU/NIBP EXCHANGE 91496 PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES MARCA SPACE LABS		UND - UNIDAD	5
1910020100214	LATIGUILLO ECG PARA MONITOR SIGNOS VITAL SPACE LABS SL2400 PAQ. X 3/5 UD. ORIGINALES	KIT DE LATIGUILLOS DE 5 LEADS	UND - UNIDAD	3
1910020100829	INTERFACE SPO2 ORIGINAL PARA MONITOR SIGNOS VITALES SPACE LABS		UND - UNIDAD	10
19100269	PCBA CPU 91369 SPACE LABS		UND - UNIDAD	1
1910010201510	LABEL FRONT PANEL 91496-B PARA MONITOR SPACELABS		UND - UNIDAD	3
1910020101682	KIT FRONT PANEL 91496-B PARA MONITOR DE SIGNOS MARCA SPACELABS		UND - UNIDAD	3



**2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO.**

- Entregar el producto con las especificaciones y características solicitadas
- Entregar el producto en la presensación solicitada.
- Entregar el producto de buena calidad y en buenas condiciones físicas
- Entregar el producto en el tiempo estimado o el hospital lo considere estimado
- Realizar la entrega de los accesorios y/o consumibles con la documentación solicitada
- Deben traer muestras de cada uno de los ítem para verificar originalidad y referencias
- La garantía de los accesorios y/o consumibles no debe ser menor a 3 meses y detallar las condiciones de la garantía

**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	\$60.913.855
<b>TOTAL</b>	<b>\$60.913.855</b>

**NOTA 3:** Si alguno de los proponentes requiere realizar una vista técnica se deberá comunicar con el área de Equipo medico teléfono: 4077075 ext. 10901 con la ingeniera XIOMARA ALVARADO.

**NOTA 4:** Si el proveedor es **EXCLUSIVO** por favor anexar carta de exclusividad

**3. 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:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.
- 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.

- Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT. Donde se pruebe la actividad socioeconómica del proponente.
- 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.

- Formato diligenciado del registro único proveedores del Hospital

#### 4. OBLIGACIONES DEL OFERENTE

- a). Entregar el objeto del contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas por el Hospital en cuanto a calidad, garantía y precio.
- b). Entregar el objeto del contrato en óptimas condiciones de calidad y funcionamiento.
- c). Dar cumplimiento al objeto del contrato de acuerdo con cada una de las partes estipuladas en él.
- d). Informar sobre el desarrollo del contrato.
- e). Garantizar la calidad de los elementos.
- f). Garantizar que la ejecución se ajuste al Presupuesto propuesto.

#### 5. 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:

- Cuando se encuentre que el proponente esté incurso en alguna de las prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades previstas en la Constitución o en la Ley.
- Cuando la propuesta sea jurídicamente inhabilitada
- Cuando los documentos presenten borradores, tachones o enmendaduras y no se haya hecho la salvedad correspondiente, o cuando presente alteraciones o irregularidades.
- Cuando la oferta supera el valor del presupuesto oficial estimado.
- Cuando la propuesta se encuentre subordinada al cumplimiento de alguna condición.

#### 6. 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.

### 7. LUGAR Y ENTREGA DE LAS COTIZACIONES

Las cotizaciones deben radicarse en la Oficina de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros del HUS, 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.

### 8. PLAZO DE EJECUCION

El plazo para la ejecución será de 120 días.

### 9. FACTORES DE EVALUACIÓN

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

**Fecha de la publicación de la invitación:** 25 de AGOSTO de 2016 Hora 16:15 P.M

**Fecha de Retiro y cierre de la invitación:** 30 de AGOSTO de 2016 Hora 15:00 P.M

  
**Carlos Alfonso Martínez Camargo**  
Subdirector de compras, bienes 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. AQUISICION DE ACCESORIOS Y REPUESTOS PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES MARCA SPACELAB DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA.**

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 adquisición de botellas de reactivos para procesador de tejidos marca shandon pathcentre de la e.s.e hospital universitario de la samaritana, 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 (Quien 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 15 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 883 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
A	21001	01	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	60.913.855
				60.913.855

OBJETO CDP : PARA CUBRIR ADQUISICION DE REPUESTOS PARA MONITORES SEDE BOGOTA

A SOLICITUD DE: VICTOR AUGUSTO PEDRAZA LOPEZ

Fecha de Expedición: 24/08/2016

Fecha de Vencimiento: 23/10/2016

  
**MARLESBY SOTELO PUERTO**

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera