

**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 – contratacion@hus.org.co
Numero solicitud: AG 162

OBJETO: AQUISICION DE REPUESTOS PARA DIFERENTES TECNOLOGIAS DE LAS MARCAS DATEX Y MEDGRAPHICS PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR

Se solicita realizar la contratación para el suministro de accesorios y/o consumibles (como se muestra en el cuadro adjunto) **Todos Deben Ser Originales, Con Garantía Mínima De 6 Meses** y se deben ofertar en su totalidad

UNIDAD DE BOGOTA

ITEM	DESCRIPCIÓN COMPLETA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO CON IVA	VALOR TOTAL CON IVA
1	FILTRO AIRE PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0105-300	50	\$ 124.132	\$ 6.206.580
2	INTERFASE SPO2 ORIGINAL PARA MONITOR SIGNOS VITALES DATEX OHMEDA MODELO FCU-8 REF. 37 TS-F4-GE (SENSOR Y CABLE INTEGRADO)	1	\$ 468.180	\$ 468.180
3	KIT SENSOR DE TEMPERATURA DE CABINA PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0071-800	2	\$ 6.083.388	\$ 12.166.776
4	KIT SEGURO PUERTA PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0146-800	4	\$ 1.668.312	\$ 6.673.248
5	KIT SENSOR AIRE PARA INCUBADORA OHMEDA CARE PLUS REF OM 6600-0403-800	4	\$ 2.540.052	\$ 10.160.208

6	KIT FAN PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0008-850 (VENTILADOR)	10	\$ 1.147.356	\$ 11.473.560
7	NEUMOTACOGRAFO PREVENT MEDIGRAPHICS REF. 34-758100-004 CAJA X 24 UNIDADES	4	\$ 1.690.236	\$ 6.760.944
8	BOQUILLA DESECHABLE MEDGRAPHICS REF. 36-PSA1000 PAQUETE X 50 UNIDADES	2	\$ 41.864	\$ 83.729
9	PASA TUBOS ORIGINAL PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF OM 6600-0330-501	16	\$ 413.111	\$ 6.609.773
10	RELEVO DE ESTADO SOLIDO PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. 6600-0457-800	2	\$ 2.344.824	\$ 4.689.648
11	SEGURO ORIGINAL VENTANILLA PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. 6600-0273-800	20	\$ 726.624	\$ 14.532.480
12	SENSOR DE TEMPERATURA PIEL ORIGINAL PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. 33 6600-0628-700	100	\$ 105.235	\$ 10.523.520
13	SENSOR DE ENTROPIA PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES DATEX OHMEDA MODELO FCU-8 CAJA X 25 UNIDADES	1	\$ 2.412.684	\$ 2.412.684
14	SWITCH TERMICO PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF 6600-0073-600	2	\$ 639.241	\$ 1.278.482
15	CLIP NASAL PARA EQUIPO DE FUNCION CARDIO PULMONAR MEDGARPHICS REF. 34 536007-001 POR UNIDAD	100	\$ 7.517	\$ 751.680
16	CIRCUITO INTERNO PARA EQUIPO DE FUNCION CARDIO PULMONAR MEDGRAPHICS REF. 34 758200-001 CAJA X 12 UNIDADES	4	\$ 899.615	\$ 3.598.459
17	TRANSDUCTOR PRESION BECTON DICKINSON REF. 13 682018 CAJA X 5 UNIDADES	2	\$ 66.712	\$ 133.423
18	COLUMNA CROMATOGRAFICA REF. 536009-001	2	\$ 526.176	\$ 1.052.352
19	INTERFASE ECG 5 LEADS ORIGINAL PARA MONITOR SIGNOS VITALES DATEX OHMEDA MODELO FCU-8 REF. 66 201-7003-001	1	\$ 324.266	\$ 324.266
20	FASTENERS INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0102-800 CAJA X 20 UNIDADES	2	\$ 1.687.104	\$ 3.374.208
21	HINGE HOUSING DERECHO INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0035-401	2	\$ 375.214	\$ 750.427
22	HINGE HOUSING IZQUIERDO (BISAGRA PUERTA CABINA) INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUS REF. OM 6600-0036-401	10	\$ 370.098	\$ 3.700.980



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

Subdirección de Bienes, Compras y Suministros

05RH39-V1

23	HINGE PIN SPRING INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0059-400	2	\$ 79.344	\$ 158.688
24	TARJETA ELECTRÓNICA MAIN BOARD VERSION 3.0 PARA INCUBADORA REF. OM 6000-0079-850 (ASSEMBLY 6600-0515-700/PCB 6600-0794-600)	3	\$ 2.601.648	\$ 7.804.944
25	HINGE PIN RELEASE INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0141-500	2	\$ 184.788	\$ 369.576
26	INTERRUPTOR PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0229-600	4	\$ 1.133.784	\$ 4.535.136
27	KIT MOTOR PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0054-800	4	\$ 4.514.256	\$ 18.057.024
28	KIT REEMPLAZO SWITCH PANEL EM ESPAÑOL PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0043-852	1	\$ 6.815.232	\$ 6.815.232
29	RETAINER PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0148-500	4	\$ 174.452	\$ 697.810
30	SEGURO MODULO PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0180-800	1	\$ 1.633.860	\$ 1.633.860
31	SENSOR DE SPO2 REUSABLE NEONATAL MASIMO PARA PULSOXIMETRO RAD-5 REF 46 2505	2	\$ 1.104.552	\$ 2.209.104
32	SESOR DE SPO2 NEONATAL MASIMO ADHESIVO DESECHABLE REF. 46 2514 CAJA X 20 UNIDADES	5	\$ 1.499.184	\$ 7.495.920
33	CABLE INTERFASE SPO2 MASIMO ORIGINAL PULSOXIMETRO RAD-5 REF. 46 2404	1	\$ 1.025.417	\$ 1.025.417
34	DOBLE PARED FRONTAL MODULO (PARED INTERNA FRONTAL) PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0106-800	3	\$ 2.324.988	\$ 6.974.964
35	DOBLE PARED CUPULA INTERNA (PARED INTERNA SUPERIOR) PARA INCUBADORA DATEX OHMEDA MODELO CARE PLUSS REF. 6600-0116-800	2	\$ 3.664.440	\$ 7.328.880
36	CABLE ASSY, ECEG 3 LEADS COM GRABBER, AHA, 3.6M ADULTO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF 66 2021141-001	15	\$ 347.026	\$ 5.205.384
37	SENSOR PEDIATRICO MASIMO REUSABLE TIPO PINZA PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF. 43 2502	1	\$ 1.183.896	\$ 1.183.896

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 www.hus.org.co

“Unidos por tu Bienestar”





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

Subdirección de Bienes, Compras y Suministros

05RH39-V1

38	AIR HOSE (MANGUERA) NIBP ADULTO/PEDIATRICO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF. 2017008-001	1	\$ 277.182	\$ 277.182
39	SKIN TEMPERATURE PROBE, (SENSOR TIPO LENTEJA) PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF. M1024254	7	\$ 520.643	\$ 3.644.500
40	SENSOR NEONATAL REUSABLE TIPO Y PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF. 2505	9	\$ 1.104.552	\$ 9.940.968
41	SENSOR SPO2 ADULTO REUSABLE MASIMO TIPO PINZA PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF. 46 2501	20	\$ 946.595	\$ 18.931.896
42	INTERFASE SENSOR SPO2 ADULTO REUSABLE PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF. 46 2533	10	\$ 1.183.896	\$ 11.838.960
43	JUEGO DE LATIGUILLOS X 3 NEONATALES TIPO PINZA ORIGINALES PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF.66-900716-001	15	\$ 602.179	\$ 9.032.688
44	JUEGO DE LATIGUILLOS X 3 ADULTO TIPO BROCHE ORIGINALES PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF.66-545317-HEL	3	\$ 275.407	\$ 826.222
45	CABLE ASSY, ECEG 3 LEADS MULTI-LINK, 3.6M NEONATAL PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO B20/40 REF 66 2017004-001	10	\$ 433.886	\$ 4.338.864
46	BOLSA COM CONECTOR MACHO 30ML PARA SISTEMA DE EVACUACION DE GASES ACTIVO AJUSTABLE PARA MAQUINA DE ANESTESIA DATEX OHMEDA MODELO ADVANCE REF. 668004460	1	\$ 337.838	\$ 337.838
47	CABLE SENSOR TNM 3,3MT PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES GE MODELO DATEX OHMEDA REF 37888414	1	\$ 1.488.744	\$ 1.488.744
48	CODO PARA BOLSA/VENTILACION MANUAL MAQUINA DE ANESTESIA GE MODELO DATEX OHMEDA REF 668004459	1	\$ 117.972	\$ 117.972
49	REGULADOR DE PRESION DE HELIO PARA EQUIPO DE FUNCION PULMONAR MARCA MEDIGRAPHICS REF MG705026-001	1	\$ 4.760.640	\$ 4.760.640
			TOTAL CON IVA	\$ 244.757.916

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 www.hus.org.co

“Unidos por tu Bienestar”



[Handwritten mark]

UNIDAD DE ZIPAQUIRA

ITEM	DESCRIPCIÓN COMPLETA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO CON IVA	VALOR TOTAL CON IVA
1	SENSOR DE PULSOXIMETRIA NEONATAL PARA MONITOR DATEX OHMEDA MODELO PROCARE 1320 REF. 37TS-AF-10 CAJA X 10 UNIDADES	5	\$ 1.531.548	\$ 7.657.740
2	SENSOR DE PULSOXIMETRIA NEONATLA PARA MONITOR DATEX OHMEDA MODELO PROCARE 1320 REF. 37TS-F-D	8	\$ 296.809	\$ 2.374.474
3	CABLE INTERFASE DE SPO2 PARA MONITOR DATEX OHMEDA MODELO PROCARE B20 REF. 37TS-G3	3	\$ 333.349	\$ 1.000.048
4	SENSOR DE SPO2 PEDIATRICO MASIMO PARA PULSOXIMETRO RAD-5 REF. 462502	2	\$ 1.183.896	\$ 2.367.792
5	INTERFASE ECG 5 LEADS ORIGINAL PARA MONITOR SIGNOS VITALES DATEX OHMEDA MODELO FCU-8 REF. 66 201-7003-001	3	\$ 324.266	\$ 972.799
TOTAL CON IVA				\$ 14.372.852

2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO.

- Entregar el producto con las especificaciones y características solicitadas,
- Entregar el producto en la presentación solicitada,
- Entregar el producto de buena calidad y en buenas condiciones físicas,
- Entregar el producto en el tiempo estimado o el hospital lo considere necesario,
- Realizar la entrega de los accesorios y/o consumibles con la documentación solicitada,
- Realizar la entrega de cada uno de los accesorios y/o consumibles en la unidad funcional correspondiente,
- Los productos que tengan fecha de vencimiento no deberá ser menor a 1 año al momento de la entrega, y si faltando 3 meses a la fecha de vencimiento no se han utilizado estos deberán ser cambiados por el mismo tiempo solicitado,
- La garantía de los accesorios y/o consumibles no debe ser menor a 6 meses,
- Se deben entregar ficha técnica de cada uno de los ítems,
- Se deben ofertar los ítems en su totalidad,
- Si cuentan con carta de exclusividad debe anexarla.

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:

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 www.hus.org.co

“Unidos por tu Bienestar”



UNIDAD FUNCIONAL	PRESUPUESTO
BOGOTA	\$244.757.916
ZIPAQUIRA	\$14.372.852
TOTAL	\$259.130.768

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 borrones, 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

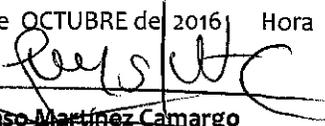
El plazo para la ejecución será hasta el 31 de diciembre 2016.

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: 10 de OCTUBRE de 2016 Hora 15:10 P.M

Fecha de Retiro y cierre de la invitación: 13 de OCTUBRE 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 REPUESTOS PARA DIFERENTES TECNOLOGIAS DE LAS MARCAS DATEX Y MEDGRAPHICS PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

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.

05RH39-V1

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 1011 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)	244.757.916
A	21001	02	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	14.372.852
				259.130.768

OBJETO CDP : PARA CUBRIR ADQUISICION DE REPUESTOS PARA EQUIPOS MEDICOS

A SOLICITUD DE: VICTOR AUGUSTO PEDRAZA LOPEZ

Fecha de Expedición: 06/10/2016

Fecha de Vencimiento: 05/12/2016



MARLESBY SOTELO PUERTO

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera