

**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.lider1@hus.org.co](mailto:compras.lider1@hus.org.co)  
Numero solicitud: FB00020160157

**OBJETO: COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS CON DESTINO A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HUS**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR**

N02BA003011	AC ACETIL SALICILICO 100mg TABLETA		900
V07AA017501	AC AMINOACETICO 1,5% SOLUCION 3000ml BOLSA	246	
B03BF014011	AC FOLICO 1mg TABLETA	1.000	
N03AV011131	AC VALPROICO 250mg/5ml SLN ORAL FCO 120ml	5	8
C01BA054070	ADENOSINA 6mg SLN INYECTABLE AMPOLLA 2ml		15
V07AA007701	AGUA ESTERIL SOLUCION AMPOLLA 10ml	24.000	
D08AA041301	AGUA OXIGENADA SOLUCION FCO 120ml	80	
C02AA011011	ALFAMETILDOPA 250mg TABLETA	120	
M04AA013011	ALOPURINOL 100mg TABLETA		180
B01AD02	ALTEPLASA 50mcg P.RECONS VIAL 50ml	12	10
A02AA018231	ALUM HIDROX/MAGNESIO/SIMETICONA SUSP FCO 120ml		8
A02AA017231	ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSP FCO 360ml	10	
R03DA022701	AMINOFILINA 240mg SLN AMPOLLA 10ml		60
J01CA001232	AMOXICILINA 250mg/5ml P.RECONS FCO 100ml	4	
R03BB002451	BECLOMETASONA DIPROPION 50mcg SLN INHALAR FCO 200Do		7
H02AB005701	BETAMETASONA 4mg/ml SLN INY AMPOLLA 1ml	200	
N04BB008011	BIPERIDENO 2mg TABLETA	60	
N01BB014704	BUPIVACAINA 50mg SLN INY VIAL 10ml	600	
CARBON50MG	CARBON ACTIVADO P.RECONS PAQUETE		30
J01DC00232	CEFALEXINA 250mg/5ml P. RECONS FCO 60ml		8
J01DC011723	CEFTRIAXONA 1g P.RECONS VIAL 10ml	1.000	270
J01MC015701	CIPROFLOXACINO 100mg SLN INY AMP 10ml	700	
R05CA005704	CLOTRIMAZOL 1g/100g TUBO 40g CREMA VAGINAL	10	
B04AC035251	COLESTIRAMINA P.RECONSTITUIR SOBRE 4g	100	
N03AD013701	DIAZEPAM 10mg/2ml SLN INY AMPOLLA 2ml		60
N02BB022781	DIPIRONA 2g/5ml SLN INY AMPOLLA 5ml	9.000	5.200
C01CD028701	DOBUTAMINA 250mg/20ml SLN INY AMP 20ml	90	
C01CD029701	DOPAMINA SLN INY 200mg/5ml AMPOLLA 5ml		30



# HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Subdirección de Bienes, Compras y Suministros

05RH39-VI

C09AE002011	ENALAPRIL 5mg TABLETA	600	100
C03DE008011	ESPIRONOLACTONA 25 TABLETA	300	300
N01AF005701	FENTANILO 0,25mg/5ml SOL INY AMPOLLA 5ml	400	
J02AF009701	FLUCONAZOL 200mg SOL INY VIAL 100ml	300	
N06AF014141	FLUOXETINA 20mg/5ml SLN ORAL FCO 70ml	5	
R03AS001472	FLUTICASONA/SALMETEROL 25mcg/250mcg SUSP INH	5	10
C03CF017011	FUROSEMIDA 40mg TABLETA		350
N07XG009011	GABAPENTINA 300mg CAPSULA	200	
V08CA011768	GADOLINIO PARAMAGNETICO MACROCICLICO 0,5 A 1 mmol FCO 15ml (Apoyo Tecnológico: Inyector de doble cabeza para resonancia magnética)	120	
D07AH007321	HIDROCORTISONA 1% CREMA TUBO 15g	10	
N05BB0112308	HIDROXICINA 100mg AMPOLLA 2ml	10	
L01AB015012	HIDROXIUREA 500mg CAPSULA	100	
B03AH012701	HIERRO 100mg/5ml SOL INY AMPOLLA 5ml	50	
B03AH011162	HIERRO SULFATO 300mg TABLETA	300	
A03DH013701	HIOSCINA/DIPIRONA 0,02g/2,5g SOL INY AMP 5ml		100
M01AI002011	IBUPROFENO 400mg TABLETA		900
J06BI007704	INMUNOGLOBULINA ANTI RH 250mcg AMP 2ml		12
A10AI017017	INSULINA GLULISINA 100UI/ml SOL INY VIAL 10ml	10	15
P02CI009231	IVERMECTINA 0,6% SUSPENSION FCO 5ml	50	
N01AK001701	KETAMINA 500mg/1ml SOL INY VIAL 10ml	50	15
C07AL02070	LABETALOL 100mg/20ml SOL INY VIAL 20ml	750	70
J05AL001141	LAMIVUDINA 150mg TABLETA	60	
N03AL002003	LAMOTRIGINA 100mg TABLETA	90	
V06CL021252	LECHE INFANTIL CON HIERRO POLVO 900g	20	
N05AL00011	LEVOMEPRMAZINA 25mg TABLETA	60	
G03AC037503	LEVONORGESTREL 0,75mg TABLETA		12
D05AA015374	LIDOCAINA 2% SOL INY AMPOLLA 10ml	600	192
J01XL015701	LINEZOLID 2mg/1ml SOL INY BOLSA 300ml	300	
R06AL016011	LORATADINA 10mg TABLETA	300	100
N05BL017013	LORAZEPAM 1mg TABLETA		80
B05BM002702	MANITOL 20% SOL INY BOLSA 500ml	25	
N07AM010141	MESALAZINA 500mg TABLETA	60	
H03BM014011	METIMAZOL 5mg TABLETA	800	
P01AM020012	METRONIDAZOL 500mg TABLETA		400
J01XM021701	METRONIDAZOL 500mg/100ml SOL BOLSA 100ml	2.000	300
C01DM024701	MILRINONA 10mg/10ml SOL INY VIAL 10ml	70	
C02AM011020	MINOXIDIL 10mg TABLETA	280	
N02AM032014	MIRTAZAPINA 30mg TABLETA	150	
A03FA997512	MOSAPRIDA 5mg TABLETA	90	
J01MA140018	MOXIFLOXACINO 5mg SLN OFTALMICA FCO 5ml	10	
M01AN002141	NAPROXENO 250mg CAPSULA	1.200	1.500
N07AN004702	NEOSTIGMINA 0.5mg/ml SOL INY AMP 1ml	300	300
C08CN006101	NIFEDIPINO 10mg CAPSULA	240	
C01DN011701	NITROGLICERINA 50mg/10ml SOL INY AMP 10ml	30	40



# HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

Subdirección de Bienes, Compras y Suministros

05RH39-V1

UNIDAD FUNCIONAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
J01CA027141	NITROPRUSIATO 50mg P.RECONS VIAL	20		
J01CO004721	OXACILINA 1g POLVO RECONSTITUIR VIAL	6.000	1.700	
R01AO006421	OXIMETAZOLINA 0.25mg /1ml SLN INTRA NASAL FCO		10	
H01BO007702	OXITOCINA 10UI/1ml SOL INY AMPOLLA 1ml	700	1.100	
J01CP007723	PENICILINA BENZATINICA 2400000UI P.RECONS VIAL	30	80	
J01CP007722	PENICILINA CRISTALINA 5000000UI P.RECONS VIAL	80	120	
J04BR005471	RIFAMICINA 1g/100ml ESPRAY FCO 20ml		2	
J04BR005101	RIFAMPICINA 300mg CAPSULA	300		
N05AR001010	RISPERIDONA 2mg TABLETA	120		
A02BS014011	SUCRALFATO 1g TABLETA	100	30	
V03AB356959	SUGAMMADEX 200mg/2ml SOL INY AMPOLLA 2ml	20		
S01AS019602	SULFACETAMIDA 100mg/ml SOL OFTA FCO 15ml		42	
S01HP039605	Tetracaina 0.5% solucion oftalmica frasco 15ml	20	5	
N02AT020701	TRAMADOL 50mg/1ml SOL INY AMPOLLA 1ml		3.000	
J01ET025011	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL 80/400mg TABLETA	200		
J01ET025701	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL 80mg/400mg SOL INY VIAL 5ml	800		
J05AV022011	VALGANCICLOVIR 450mg TABLETA	300		
A11CV021701	VITAMINA B12 1mg/ml SOL INY AMPOLLA 1ml	50		

**NOTA 1:** se deberá presentar las FICHAS TECNICAS Y REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS COTIZADOS, el incumplimiento de ésta dará a que la propuesta sea rechazada.

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	142.500.000,00
ZIPAQUIRA	42.000.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>184.500.000,00</b>

## 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.
- 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 borradores, 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, adiciónen 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.lider1@hus.org.co](mailto:compras.lider1@hus.org.co), [notificaciones.juridica@hus.org.co](mailto:notificaciones.juridica@hus.org.co) y [compras.lider@hus.org](mailto:compras.lider@hus.org)

**NOTA: Además de la cotización en PDF. favor enviar el siguiente formato diligenciado en Excel EN MEDIO MAGNETICO O POR MAIL**

ITEM	CODIGO INSTITUCIONAL	DESCRIPCION	REGISTRO INVIMA	CANTIDAD	MARCA	FACTOR DE EMPAQUE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
------	----------------------	-------------	-----------------	----------	-------	-------------------	----------------	-------------

**NOTA 1: se deberá presentar las FICHAS TECNICAS Y REGISTROS SANITARIOS DE LOS PRODUCTOS COTIZADOS, el incumplimiento de ésta dará a que la propuesta sea rechazada.**

**8. PLAZO DE EJECUCION**

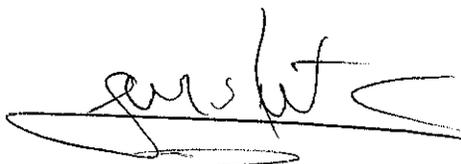
El plazo para la ejecución será hasta el 31 de Diciembre de 2016

**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: 24 de Octubre de 2016      Hora 16:00 P.M

Fecha de Retiro y cierre de la invitación: 27 de Octubre de 2016      Hora 10.00 A.M



**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 MEDICAMENTOS CON DESTINO A LOS DIFERENTES SERVICIOS 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 adecuaciones y modificación en infraestructura del área hospitalaria 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.



# HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA  
*Empresa Social del Estado*

Subdirección de Bienes, Compras y Suministros

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 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 1044 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**

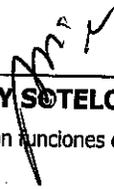
GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR ACTUAL
B	41001	01	MEDICAMENTOS	142.500.000
B	41001	02	MEDICAMENTOS	42.000.000
				184.500.000

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

A SOLICITUD DE: VICTOR AUGUSTO PEDRAZA LOPEZ

Fecha de Expedición: 21/10/2016

Fecha de Vencimiento: 20/12/2016

  
**MARLESBY SOTELO PUERTO**

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera