

**SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS FAR.SP-038-2020**

**DE:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
AREA: QUIROFANO Y OBSTETRICIA

**DIRECCION:** CALLE 22 No. 7-93 Parque Bolívar. Conmutador 7333400 EXT 147,148

**PARA:** PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS, EMPRESAS, ASOCIACIONES, CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES

**FECHA:** 03 DE ABRIL DE 2020

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en observancia de lo dispuesto en el Capítulo III Artículo 21.1.1 del estatuto de contratación y considerando que la cuantía del objeto a contratar es inferior a 250 smmlv, invita a presentar oferta para la presente solicitud simple de ofertas

**INVITACION A LAS VEEDURIAS CIUDADANAS:**

Se invita a las veedurías ciudadanas a verificar la legalidad y transparencia de este proceso de contratación en todas sus etapas.

**COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

En el evento de conocerse casos especiales de corrupción en las Entidades del Estado, se debe reportar el hecho al Programa Presidencial "Lucha contra la Corrupción", a través de los números telefónicos (1) 560 10 95, (1) 565 76 49, (1) 562 41 28; vía fax al número telefónico: (1) 565 86 71; la línea transparente del programa, a los números telefónicos: 9800-91 30 40 - (1) 560 75 56; correo electrónico, en la dirección: [webmaster@anticorrupcion.gov.co](mailto:webmaster@anticorrupcion.gov.co); al sitio de denuncias del programa, en la página de internet: [www.anticorrupcion.gov.co](http://www.anticorrupcion.gov.co); correspondencia o personalmente, en la dirección Carrera 8 No. 7-27 - en la ciudad de Bogotá, D.C.

- 1. OBJETO:** Suministro de dispositivos médicos y medicamentos especiales de la línea de neurocirugía, para realizar las intervenciones quirúrgicas propias de esta especialidad, que son empleados en la prestación de servicios de salud de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

**CODIFICACIÓN DEL BIEN, OBRA O SERVICIO SEGÚN LAS NACIONES UNIDAS - UNSPSC**

| No. | CODIGO   | DESCRIPCIÓN                            |
|-----|----------|--|
| 1   | 42000000 | EQUIPO MEDICO, ACCESORIOS Y SUMINISTRO |

- 1.2. ALCANCE DEL OBJETO:** En cumplimiento del objeto del contrato, el contratista deberá suministrar los siguientes elementos:

*Juntos por la Excelencia*



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO**  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



| ITEM | NOMBRE DE PRODUCTO   | CANTIDADES |
|------|--|------------|
| 1    | PLACA DE TITANIO RECTAS DE 1.5mm DE 2 ORIFICIOS C/P                                    | 1          |
|      | PLACA DE TITANIO RECTAS DE 1.5mm DE 2 ORIFICIOS P/L                                    | 1          |
|      | PLACA DE TITANIO DE 1.5mm DOBLE Y  | 1          |
|      | PLACA EN TITANIO EN CUADRO PEQUEÑA   | 1          |
|      | MALLA DINAMICA CRANEOPLASTIA 30 X 130MM  | 1          |
|      | MALLA DINAMICA CRANEOPLASTIA 140 X 200MM 6MM   | 1          |
|      | TORNILLO 1.5 o 1.6 X 4mm- 5mm-6mm AUTOPERFORANTE                                       | 1          |
| 2    | CIERRES CRANEALES  | 1          |
| 3    | SET MANGUERAS DOBLES DESECHABLES PARA RESECCION DE TUMOR (ASPIRADOR ULTRASONICO)       | 1          |
| 4    | INSUMOS NEURONAVEGADOR   | 1          |
| 5    | KIT DE ESTEROTAXIA MAS SOFTWARE DE PLANEACION  | 1          |
| 6    | SOLUCION TOPICA DE YODO MAS ALCOHOL ISOPROPILICO                                       | 6          |
| 7    | GRAPAS PARA CIERRE DE PIEL   | 7          |
| 8    | GEL BARRERA ANTIADHERENCIAS DE 1.5CC   | 1          |
| 9    | SELLANTE DE FIBRINA A BASE DE FIBRINOGENO-APROTININA-TROMBINA HUMANA-CLORURO DE CALCIO | 1          |
| 10   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 2.5 CM X 2.5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE     | 1          |
| 11   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 7.5 CM X 7.5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE     | 1          |
| 12   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 5 CM X 5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE         | 1          |
| 13   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 10 CM X 12.5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE     | 1          |
| 14   | MATRIZ HEMOSTATICA (TROMBINA HUMANA 2500UND - CLORURO DE SODIO)                        | 1          |
| 15   | DREN DE SILICONA CON TROCAR PUNZON   | 5          |
| 16   | KIT VALVULA DERIVACION L.C. PRESION ALTA CONTORN                                       | 1          |
| 17   | KIT VALVULA DERIVACION L.C. PRESION BAJA CONTORN                                       | 1          |
| 18   | KIT VALVULA DERIVACION L.C. PRESION MEDIA CONTORN                                      | 1          |
| 19   | VALVULA PROGRAMABLE DE VARIOS NIVELES DE PRESION                                       | 1          |
| 20   | KIT CATETER VENTRICULAR-PERITONEAL CON RECUBRIMIENTO ANTIBIOTICO                       | 1          |
| 21   | CATETER VENTRIULAR ESTANDAR DE 23CM CON RECUBRIMIENTO ANTIBIOTICO                      | 2          |
| 22   | CATETER PERITONEAL/CARDIACO 90CM STANDARD CON RECUBRIMIENTO ANTIBIOTICO                | 2          |
| 23   | CONECTOR RECTO   | 2          |
| 24   | CONECTOR EN Y  | 1          |
| 25   | BIPOLAR PARA HUESO   | 1          |
| 26   | ASPIRADOR ULTRASONICO PARA HUESO   | 1          |
| 27   | SET DE CLIP PARA ANEURISMAS CEREBRALES   | 1          |
| 28   | KIT SENSOR VENTRICULAR PARA MONITOREO DE PIC   | 1          |

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Commutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \*mail: hudn@hosdenar.gov.co



|    |  |   |
|----|--|---|
| 29 | SISTEMA RECOLECTOR PARA SENSOR VENTRICULAR           | 1 |
| 30 | KIT SENSOR INTRAPARENQUIMATOSO PARA MONITOREO DE PIC | 2 |
| 31 | SISTEMA DE DRENAJE Y MONITOREO EXTERNO               | 1 |
| 32 | PUNTAS FRIAS HEMOSTATICAS BIPOLAR                    | 1 |

**NOTA: LOS OFERENTES DEBERÁN OFERTAR EL 100 % DE LOS ÍTEM.** Los OFERENTES podrán homologar los productos objeto de la presente Solicitud, es decir, que podrán participar con los productos que le sean equivalentes en su portafolio.

## 2. OBLIGACIONES:

### 2.1 OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir el objeto contratado en tiempo y calidad acordada.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Responder en los plazos que el Hospital establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
5. Constituir en debida forma y aportar al Hospital, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, las garantías exigidas en el contrato.
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8. Atendiendo a la naturaleza del contrato de suministro, se podrá solicitar al oferente más de la cantidad estimada de suministro de un ítem, con la respectiva deducción de la cantidad estimada de otro u otros de los ítems contratados, siempre y cuando no se supere el valor contractual. De igual forma, el Hospital podrá solicitar producto no previstos en el objeto contractual en lugar de aquellos, siempre y cuando el oferente disponga de dicho producto, para lo cual se celebrará la respectiva acta de modificación o adición al contrato. El Hospital, hará devolución de los productos, si estos no cumplen con las condiciones físicas, técnicas, referencia o calidad especificada en el contrato.
9. Garantizar que los productos cumplan con las especificaciones técnicas contratadas.
10. Garantizar la disponibilidad y entrega de los productos dentro de las 72 horas siguientes a su requerimiento.
11. Garantizar que los productos se entreguen en buen estado y proceder a la sustitución sin ningún costo adicional, dentro de las 72 horas siguientes al reporte del contratante, en caso de que llegaren en mal estado, o presentasen defectos de calidad, embalaje o empaque, o se encontrasen expirados o a un tiempo de expirarse inferior, previa certificación expedida por el supervisor del

*Juntos por la Excelencia*

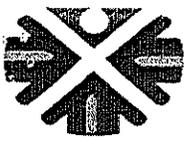
Contrato, de tal manera que el oferente cumpla con todas las especificaciones contenidas en la propuesta.

12. Entregar los productos según la programación o requerimientos establecidos por el Hospital. Esta programación que es interna del hospital podrá cambiar de acuerdo a sus necesidades y conveniencia. En todo caso, la entrega de productos requeridos por el Hospital, deberá realizarse por parte del oferente, máximo dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a dicho requerimiento.
13. Las entregas deberán efectuarse en las instalaciones del Almacén del Hospital Universitario Departamental de Nariño Empresa Social del Estado, y en el siguiente horario de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
14. Aceptar solicitudes y realizar la reposición de producto que resultaren deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación, de cuyo reporte le haga el Hospital hasta ciento veinte (120) horas siguientes a la recepción del producto, debiendo proceder a dicha reposición dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al mismo.
15. El oferente no podrá negarse a entregar los productos aduciendo motivos de empaque o presentación de los mismos, además no podrá retrasar o cancelar las entregas por motivos de producción, baja oferta, baja demanda, escasez en el mercado, trámites aduaneros y/o de importación, licencias, vacaciones colectivas o variaciones en el precio de la oferta. En caso de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de producto, el oferente deberá realizar todas las gestiones necesarias para la consecución y entrega del mismo al Hospital.
16. El contratante podrá terminar y liquidar el contrato una vez fenecida la vigencia fiscal, sin necesidad de haber agotado el monto presupuestal contratado, como lo acepta el oferente con la presentación de su oferta y firma del contrato
17. En caso de presentarse el reporte de algún evento adverso en la utilización del insumo, el proveedor deberá presentar frente a este, un informe dentro de los tres días siguientes a dicho reporte. En todo caso, el Hospital se reservará la facultad de solicitar el cambio de la referencia, marca o especificación técnica del insumo o en su defecto excluirlo del objeto contractual para adquirirlo en las condiciones que eviten o minimicen la presentación de un nuevo evento adverso.
18. Con la presentación de la oferta, se entiende que el oferente acepta de forma integral estas condiciones y contratar según sea el caso, con el Hospital.
19. La oferta presentada será inmodificable en el valor y sus condiciones, el oferente no podrá variar el valor ofrecido en detrimento del valor ofertado salvo acuerdo de las partes y en beneficio del objeto social del hospital.
20. La persona jurídica que resulte favorecida con la adjudicación del contrato deberá socializar entre sus trabajadores y velar por el cumplimiento del anexo técnico denominado "PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE", disponible en: <http://hunired.hosdenar.gov.co/hunired2/index.php/apoyo/gestion-juridica/file/958-anjur-01-anexo-tecnico>.

## 2.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

1. El producto entregado por el oferente deberá tener un vencimiento no inferior a dieciséis (16) meses. En caso de que el tiempo de vida útil fijado en el Registro Invima sea inferior a dieciséis (16) meses o no disponibilidad de lotes con fechas de vencimiento mayores o iguales a 16 meses, el proveedor debe notificar por escrito de ello al Hospital, documento a allegarse en el momento de la entrega del pedido solicitado y se obligará a realizar el cambio del medicamento y/o producto cuando esté cercano a la fecha de vencimiento previas condiciones pactadas.
2. El oferente, se obliga a enviar los productos desde un establecimiento debidamente autorizado por el ente territorial de salud, lo cual garantiza las calidades de los productos al momento de la entrega.

*Juntos por la Excelencia*



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO**  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.S.E.



Esta autorización, se puede evidenciar, mediante certificados de autorización o visitas de inspección vigilancia y control, donde el ente competente, emita el concepto "FAVORABLE", "CUMPLE" o el equivalente. Al presentar la oferta económica, se debe especificar el domicilio desde el cual serán entregados los productos farmacéuticos, anexando el certificado o equivalente que así lo demuestre, el cual será evaluado en la fase de evaluación técnica de la propuesta. El domicilio de envío de mercancías, al tratarse de un establecimiento que debe ser autorizado por el ente territorial de salud competente, debe concordar con la información de la guía de envío de los pedidos, lo cual será corroborado en la etapa contractual y específicamente en la recepción técnica, so pena de rechazar el pedido y aplicar el respectivo incumplimiento al oferente. Cualquier cambio en la dirección de envío de productos farmacéuticos, deberá ser notificada al supervisor del contrato, adjuntando los soportes que demuestren que la nueva dirección corresponda con un establecimiento farmacéutico mayorista debidamente autorizado.

3. Por políticas del Hospital, con cuatro (4) meses de anticipación a la fecha de vencimiento del producto se notificará al proveedor, quien se obliga a asumir la recepción y cambio del producto reportado. Se aclara que no se aceptan políticas de cambio propias de los laboratorios fabricante, distribuidores o mayoristas. En caso de productos con baja rotación por cambios en las guías de manejo institucionales y considerando la dinámica del sector el proveedor deberá adelantar las gestiones necesarias para la recogida del producto y posterior reconocimiento, previa comunicación entre las partes. De la misma manera en la terminación del contrato dado el caso de no rotación el Hospital a través de su proceso de logística inversa adelantará la devolución de los productos que de acuerdo a los indicadores de consumo no rotaran hasta la fecha de vencimiento y se indicará en la correspondiente acta de liquidación los resultados de esta revisión y devolución quedan obligado el oferente realizar el correspondiente reconocimiento del producto devuelto.
4. El oferente, cuando aplique, deberá garantizar que los dispositivos médicos entregados estén marcados con el respectivo registro sanitario, lote, fecha de vencimiento tanto en el empaque primario y secundario de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente en Colombia sobre este tema.
5. En caso de presentarse reporte de un evento adverso en la utilización de uno o varios de los productos ofertados (Programas de fármaco y tecno -vigilancia), el proveedor posterior al análisis debe presentar informe de gestión por escrito dentro de los cinco (5) días siguientes a la comunicación realizada desde el Hospital. En todo caso el Hospital se reserva la facultad de solicitar cambio de la marca o Laboratorio fabricante del medicamento y/o dispositivo médico sobre el cual se presentó el reporte. Se requiere que la resolución definitiva se dé en un periodo máximo de tres (3) meses posteriores a la comunicación por parte del hospital, esto con el fin de dar cumplimiento al cierre del proceso ante el Invima e Instituto Departamental de Salud de Nariño. En caso de no presentarse de esta manera el oferente será sujeto de incumplimiento.
6. Todo producto debe facturarse por unidad de cotización (frasco, bolsa, vial, ampolla, sobre, placa, tornillo, implante Etc). No se aceptará sistemas de facturación con valores diferentes a los presentados en la oferta. Es decir, todo producto ofertado deberá cotizarse en su valor unitario por unidad mínima, por ejemplo: frasco, bolsa, vial, sobre, placa, tornillo, implante Etc, sin embargo, en el momento de la facturación dado el eventual contrato, ésta se puede realizar por presentación comercial sin fracciones, respetando el valor unitario de cotización del medicamento, dispositivo médico y/o producto. El nombre de los productos deberá realizarse en idioma español.

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 • Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co • mail: hudn@hosdenar.gov.co



*Handwritten signature*



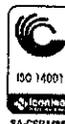
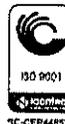
**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO**  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



7. Ofrecer soporte técnico, asistencia y/o acompañamiento en procedimientos quirúrgicos y capacitación sobre los productos ofertados mínimo una (1) cada trimestre y sobre los cuales deberá proporcionar las herramientas para el uso y puesta en marcha de los procesos asociados. Así como también brindar educación continuada para el buen uso de los mismos al personal que lo requiere, previa comunicación entre las partes de acuerdo con lo establecido en la propuesta presentada por el oferente.
8. El oferente deberá presentar fichas técnicas de cada uno de los productos contratados en medio magnético cuando estas sean solicitadas por parte del hospital o cuando se haya realizado cambios desde técnicos en los productos, es obligación del oferente reportar los cambios o modificaciones que se presenten. Tales fichas técnicas, deben contener como mínimo la siguiente información: datos específicos del producto, la indicación de si es o no reutilizable según aplique, la estabilidad después de abierto en caso de tratarse de productos multidosis y compatibilidad fisicoquímica en caso de requerirse su adecuación en la central de mezclas o previo a su administración. Este requisito es de estricto cumplimiento durante la ejecución del contrato.
9. El oferente, asume el costo y el riesgo asociado al transporte de los productos farmacéuticos, tanto en lo relacionado a las entrega de productos que deben ser realizadas en las instalaciones del Hospital, como en la recogida de productos que se devuelven por condiciones de calidad, fechas de vencimiento, etc. Por lo anterior, todos los productos farmacéuticos, que sean entregados al Hospital, incluyendo el material de envase, empaque y etiquetado, deben conservar sus condiciones de calidad que los hace aptos para el uso en humanos. Este cumplimiento, se asegura en la recepción técnica, donde uno a uno de los productos entregados por los oferentes, se verifican por parte del personal competente, aplicando las técnicas de muestreo o verificación total del pedido según corresponda en cada caso y la criticidad de las características. Por tal motivo, sólo se tramitan o aceptan las facturas a las cuales se les haya realizado la recepción técnica y emitido el respectivo certificado de recibido a satisfacción por parte del supervisor. Los productos que no cumplan las características de calidad exigidas por la normatividad legal y técnica en Colombia, son devueltos, y el oferentes debe asumir el valor comercial, para lo cual se obliga a emitir en máximo cinco (5) días desde el momento de reportada la novedad, la respectiva nota a crédito por el valor de los productos NO conformes.
10. En la etapa contractual, cada vez que se realice entrega de pedidos y durante la recepción técnica, se corroborará que los registros sanitarios se encuentren vigentes, o en "trámite de renovación". En caso de que el Invima o el competente, niegue o cancele el registro sanitario al titular del mismo, por tratarse en tales casos de fallas de calidad en la fase productiva y los lotes de productos comercializados amparados con un registro sanitario "negado" o "cancelado" podrían tener problemas de calidad y no son aptos para su uso en humanos; en estos casos el oferente se obliga a recoger las existencias de productos de los lotes que hayan suministrado al Hospital y a generar la respectiva nota a crédito por el valor comercial de los productos recogidos. En caso de entregar productos farmacéuticos con registro sanitario en estado "vencido", el oferente debe remitir el documento mediante el cual el Invima o ente competente, le autoriza su comercialización y relacionar los lotes autorizados y el tiempo autorizado para su agotamiento, según normatividad relacionada.
11. El oferente, emitirá la factura electrónica, la cual debe ser remitida al correo [fe.central@hosdenar.gov.co](mailto:fe.central@hosdenar.gov.co) desde donde será aceptada o rechazada según corresponda, una vez el Hospital por intermedio del supervisor del contrato, realice la respectiva revisión técnica de los productos farmacéuticos y certifique su recibido a satisfacción por parte del Hospital. El Hospital, no acepta plazos de aceptación y condiciones de trámites de facturas electrónicas, definidos de manera unilateral por el oferente, salvo normatividad expresa o taxativa al respecto. El Hospital, NO asume

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) \*mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



la responsabilidad de pago de ninguna factura electrónica que sea enviada a dirección de correo electrónico diferente al acá anotado.

12. El oferente, se obliga a facturar todos los productos farmacéuticos sin superar los precios acordados ni la reglamentación de precios de medicamentos y dispositivos médicos para el canal institucional, según lo definido por la Comisión de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o el competente. Se entiende incluida en los acuerdos comerciales, toda la normatividad vigente o que entre en vigencia correspondiente a la regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos, así como los valores máximos de recobro.
13. En caso de presentarse agotamientos o problemas relacionados con la producción, el proveedor deberá notificar por escrito en el momento en el cual el laboratorio informa o notifica sobre esta novedad al supervisor del contrato, adjuntando las cartas de agotamiento emitidas y que soporten tal novedad. De igual manera, el oferente, se obliga a presentar las opciones comerciales para que sean revisadas y aprobadas por el Hospital por intermedio del supervisor del contrato, en procura de que se asegure el continuó suministro de los productos farmacéuticos solicitados, sin dilación alguna. En caso de que no se disponga ninguna opción comercial aprobada por el Invima o ente competente, el oferente deberá certificarlo, adjuntando los soportes de tal situación, para trasladarla al cuerpo asistencial.
14. Para asegurar la oportunidad en las intervenciones quirúrgicas, el oferente, debe entregar los productos remisionados al Hospital, en el servicio de central de esterilización donde se realizará la respectiva recepción técnica, la documentación de entrega debe contener referencia del insumo, descripción del producto, marca, cantidad, lote, registro Invima, fecha de vencimiento y estado del registro Invima y fecha de vencimiento de la esterilidad del insumo(cuando aplique), dicha entrega deberá ser registrada con todos los parámetros en la lista de verificación de entrega y salida de dispositivos médicos de la central de esterilización. Posterior a realizar la cirugía, y dentro de las 72 horas, cuando el oferente tenga certeza los dispositivos médicos suministrados al Hospital, hará entrega de la factura, anexando como soporte, los registros del gasto real que evidencien que tales productos fueron efectivamente empleados en el acto quirúrgico. Según aplique, en las notas de cargo se deben adherir los stiker originales de los productos empleados, lo cual sirve de soporte para las auditorías de las ERP, para llevar la trazabilidad de tales materiales y para soportar el trámite de la cuenta. El supervisor, hará seguimiento a este cumplimiento so pena de posibles glosas en las facturas a las cuales nos e les anexe el stiker original. El oferente, se compromete a recoger y trasladar bajo su propio costo y riesgo, todos aquellos productos que no hayan sido empleados en los procedimientos quirúrgicos, incluyendo los equipos biomédicos que haya suministrado para la realización de las cirugías.
15. El oferente, se compromete a entregar todos los dispositivos médicos que haya relacionado en el portafolio y oferta económica, sin ninguna variación en el precio y sin disminuir su calidad. Las entregas deberán ser realizadas de manera oportuna, máximo 2 horas en cirugías de urgencias, la cual se cuenta desde el momento de la solicitud y hasta las 5:00pm un día antes de la realización del procedimiento quirúrgico, configurándose en una obligación contractual y para ello el oferente adelantará bajo su propio costo, todas las actividades logísticas a que haya lugar, en procura de cumplir los tiempos de respuesta.
16. El oferente, realizará confirmación del respectivo soporte técnico que así lo requieran, para lo cual dispondrá del profesional competente en instrumentación quirúrgica las 24 horas del día y los 7 días de la semana, dicho profesional debe presentarse 30 minutos antes de la hora en que se programe.

*Juntos por la Excelencia*

*(Handwritten signature)*

el procedimiento quirúrgico en el área estéril a realizar la recepción del material estéril para uso en cirugía y firmará soporte de evidencia de su llegada, una vez terminado el procedimiento quirúrgico, dicho profesional deberá diligenciar la nota de cargo-tarjeta de implante o la hoja de consumo, debidamente detallada producto por producto y cantidades, indicando la referencia, descripción y los te relacionados en la remisión de entrega sin enmendaduras, dicho documento deberá ser validado y verificado mediante las firmas del especialista que realiza el procedimiento, el instrumentador quirúrgico que asiste en sala quirúrgica y el soporte técnico y profesional de enfermería de turno, cuando se utilicen dispositivos que contengan adhesivos, deberá adherirlos en la nota de cargo-tarjeta de implante de acuerdo a la cantidad de dispositivos médicos implantados.

17. El oferente debe garantizar instrumental de retiro de material de osteosíntesis según requerimiento de la institución.
18. Hospital, se reserva la facultad de verificar la información suministrada en la etapa precontractual, con respecto a la trazabilidad de los productos farmacéuticos que sean adjudicados. Para lo cual, podrá exigir al oferente, cartas de autorización del titular del registro sanitario, corroborando con los titulares del registro sanitario la información suministrada y de ser necesario, realizando las auditorías a que haya lugar. También, el Hospital, según requiera, podrá solicitar al oferente, copias de las facturas de compra en procura de realizar trazabilidad o procedencia de los productos le sean entregados. En caso detectar posibles productos fraudulentos o adulterados, el pedido no será aceptado, se notificará a las autoridades de salud competentes y se le requerirá al oferente por posible incumplimiento, el cual de confirmarse, podrá conllevar a la aplicación de las medidas administrativas a que haya lugar.
19. La presentación de la oferta económica, entregada en el marco del presente proceso, debe ser realizada aplicando el formato definido por el Hospital para tal fin con toda la información solicitada, en procura de estandarizarla y homologarla para proceder a evaluarla. El formato debidamente diligenciado, deberá ser entregado en físico, el cual desde el momento de presentarse, con las firmas del competente, se constituye en la oferta económica. Además de entregarlo en físico y firmado por el competente, deberán entregar la misma información en medio magnético en Excel 2010-2017, redondeado los valores únicamente con las cifras significativas que aparezcan en el documento en físico y en caso de haber discrepancias en la información en físico y la magnética, se tomará la del documento físico.
20. Cuando el suministro de algún producto farmacéutico relacionado al presente estudio previo, requiera algún equipo biomédico o elemento adicional para su correcta utilización, el oferente se obliga a suministrarlo bajo su propio costo y riesgo, de manera oportuna y en cumplimiento al decreto 4725 de 2005 y demás normas que le aplique.
21. Todos los dispositivos médicos ofertados que requieran un equipo biomédico o accesorio para su funcionamiento, el oferente debe garantizar el apoyo tecnológico juntamente con los dispositivos médicos entregados.
22. El oferente debe garantizar el cumplimiento de lo establecido en el decreto 4725 de 2005, relacionado con el cumplimiento en el diligenciamiento de la tarjeta de implante, que es el documento donde se registra el nombre y modelo del dispositivo médico, número de lote o número de serie, dirección del fabricante, el nombre de la institución en donde se realizó el implante y la fecha del mismo, así como la identificación del paciente.

*Juntos por la Excelencia*

### 2.3. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:

- Designar al supervisor del contrato u orden de compra.
- Acompañar la ejecución del objeto en los términos y condiciones pactados.
- Suministrar la información necesaria relacionada con el objeto del contrato u orden de compra de manera que EL HOSPITAL pueda apoyar adecuadamente el desarrollo del contrato.
- Realizar oportunamente los desembolsos financieros establecidos en el presente contrato u orden de compra siempre y cuando EL HOSPITAL cumpla con las condiciones para ello.
- Analizar oportunamente la información remitida por EL CONTRATISTA. En caso de requerirse ajustes, solicitarlos por escrito.
- Las demás que correspondan a la naturaleza del contrato u orden de compra, de acuerdo a su naturaleza y objeto.

### 3. RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO:

| Ítem | Tipo de riesgo   | Concepto  | Asignación del riesgo |             |
|------|--|---|-----------------------|-------------|
|      |  |   | Hospital              | Contratista |
| 1    | Modificación del régimen de impuestos aplicables             | Cuando en el desarrollo del contrato, se modifican las tarifas de los impuestos o se crean nuevos impuestos o eliminan los ya existentes, el hospital reconocerá reajuste en el valor inicial del contrato, siempre y cuando éstos impuestos sean aplicables a este tipo de contratos.  | X                     |             |
| 2    | Riesgo relacionado con el uso y posible deterioro del equipo | Cuando no se realiza debidamente el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos entregados en comodato, o no haya soporte técnico especializado que capacite en cuanto al uso al adecuado y sufrió algún tipo de deterioro, daño a avería distinto al que se puede generar con el uso legítimo del equipo.   |                       | X           |
| 3    | Fallas en la calidad de los bienes o servicios               | Cuando el contratista incumpla las obligaciones suscritas en el contrato, deberá dar una solución inmediata y asumir los costos adicionales que se generen para cumplir con las obligaciones a su cargo, con excepción de situaciones de fuerza mayor y/o caso fortuito o en todas aquellas donde el contratista demuestre que no tuvo responsabilidad.   | X                     |             |
| 4    | Riesgo de suspensión del contrato                            | Cuando el contrato deba ser suspendido por causas ajenas a la voluntad de la Entidad, se informará al CONTRATISTA y se le notificará del acto administrativo que suspende el contrato, el cual deberá indicar con claridad las causas exógenas y la fecha de reanudación del mismo. Será responsabilidad total de hospital los perjuicios que se pudieran causar al CONTRATISTA por la suspensión del contrato si en ella median causas imputables a la Entidad, hasta el punto de no pérdida. De lo contrario, la entidad no será responsable por la suspensión del contrato ni por los perjuicios que se causen con ello. | X                     |             |
| 5    | Riesgo humano por accidente                                  | Cuando se produzca un accidente durante la ejecución del contrato que afecte al CONTRATISTA por ocasión de la prestación del servicio o bien, será responsabilidad y competencia total y absoluta del mismo, para lo cual debe afiliarse por su cuenta y riesgo a una Administradora de Riesgos Profesionales.  |                       | X           |

Juntos por la Excelencia

*Handwritten signature*

4. **PRESUPUESTO OFICIAL:** El presupuesto oficial total de esta solicitud asciende a la suma de: **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE, (\$150.000.000)** valor Incluido IVA y todos los costos y gastos que incurra el contratista en la ejecución del contrato. imputable al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.329 del 26 de Marzo de 2020.

5. **FORMA DE PAGO:**

El Hospital cancelará el valor del contrato conforme a los suministros realizados dentro de los 120 siguientes a la radicación de la factura, previo recibido a satisfacción por parte del supervisor, previa radicación de la factura respectiva, la cual debe incluir el certificado de recibo a satisfacción expedida por el supervisor designado al contrato. Para el pago, el contratista deberá acreditar estar a paz y salvo en el pago de salud, pensiones, riesgos laborales y parafiscales, a través de certificado expedido por contador o revisor fiscal según corresponda en el cual se indique el monto mensual cancelado por cada uno de los conceptos mencionados, correspondiente a la fecha de la factura. De lo contrario se hará la respectiva devolución.

6. **VALIDEZ DE LA OFERTA:** 30 días contados a partir de la entrega de la Cotización u Oferta.

7. **PLAZO DEL CONTRATO:** El plazo para la ejecución del contrato será de : Dos meses o hasta agotar el presupuesto asignado para la presente solicitud simple, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución; lo que primero ocurra

8. **DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR CON LA COTIZACION**

8.1 **REQUISITOS DE CAPACIDAD JURIDICA:**

- A) Carta de Presentación de la propuesta: De acuerdo con el contenido del modelo suministrado (Anexo 1), suscrita por el representante legal de la persona Jurídica o por el proponente persona natural.
- B) Fotocopia de la libreta militar o constancia de tener resuelta su situación militar, si el proponente es personal natural hombre menor de 50 años. En caso de persona Jurídica, se debe presentar por el representante legal. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida.
- C) Persona Jurídica: Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días en la que conste que pueda desarrollar el objeto de la presente convocatoria, cuando se trate de persona jurídica.
- D) Persona Natural: Fotocopia del Registro Mercantil cuya fecha de expedición no sea superior a un mes.
- E) Registro Único Tributario (RUT)
- F) Fotocopia del Registro Único de Proponentes (RUP), el cual debe estar vigente y en firme al momento del cierre del presente proceso.
- G) Fotocopia Cedula de Ciudadanía del proponente persona natural. En caso de persona Jurídica, fotocopia de cedula del Representante legal. Además, si es por apoderado, Fotocopia de cedula del apoderado.
- H) Antecedentes disciplinarios del Representante Legal y de la empresa, penales, fiscales
- I) Certificado expedido por el oferente de no encontrarse incurso de inhabilidades o incompatibilidades para contratar con el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

*Juntos por la Excelencia*

y de conocer el nuevo ESTATUTO DE CONTRATACIÓN (Acuerdo 0014 del 26 de septiembre 2019), publicado en la página web de la institución - [www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co).

- J) Verificación del Sistema de Medidas Correctivas del oferente persona natural o representante legal de la persona jurídica.
- K) Certificación de pago de aportes parafiscales y seguridad social (anexo), a la fecha de la presentación de la propuesta, el oferente deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar, mediante certificado expedida por el Revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o en su defecto por el representante legal, la cual deberá en todo caso, acreditar el cumplimiento de la obligación como mínimo en los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta.

Quando la certificación sea expedida por el revisor fiscal o contador público se deberá anexar los documentos del profesional, que la suscriba (fotocopia de cédula de ciudadanía, fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de la Junta Central de Contadores vigente al momento del cierre del proceso).

Las personas naturales o jurídicas que no tengan personal a su cargo, y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social deben indicar esta circunstancia en la mencionada certificación.

Quando se trate de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus integrantes deberá aportar los requisitos aquí exigidos.

L). 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; para lo cual debe adjuntar el documento de constitución del consocio o unión temporal. Si la actividad comercial del oferente persona natural, o el objeto social de alguna de las personas jurídicas que conforman el consorcio o la unión temporal, no se encuentra acorde con el objeto a contratar, la oferta será rechazada. Igualmente, cuando el oferente sea un consorcio o unión temporal, cada parte constitutiva deberá presentar los documentos de que trata este numeral.

M). Oficio de conocimiento y aceptación del anexo No. 3.

## 8.2 REQUISITOS DE CAPACIDAD TECNICA:

La oferta deberá aportar lo siguiente:

1. Registro sanitario de cada producto, el cual debe estar en estado "vigente" o en "trámite de renovación";
2. Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura según aplique;
3. Certificado de Capacidad de Almacenamiento emitido por el Invima o el competente según aplique;
4. Autorización del ente territorial de salud que lo habilite como establecimiento farmacéutico mayorista, comercializador o distribuidor de medicamentos y/o dispositivos médicos según aplique;
5. Presentar, además de la propuesta económica de los productos relacionados en el presente estudio, el catálogo de todos los dispositivos médicos de esta línea para evaluarlos por el competente. El catálogo debe incluir la foto de los dispositivos y además toda la información técnica que permita evaluarlos correcta e integralmente.

*Juntos por la Excelencia*

6. Cotizar todos los ítems incluidos en el presente estudio de la línea de neurocirugía, si no cuenta con la totalidad de los ítems, debe presentar los homólogos terapéuticos correspondientes, lo cual será corroborado por el personal competente del hospital.
7. Presentar portafolio de servicios de la línea de neurocirugía con su respectivo registro sanitario, valor unitario, valor del IVA si aplica, valor total y marca, el hospital podrá solicitar los productos incluidos en el portafolio según necesidad, sin variación de precio durante la vigencia del contrato, convirtiéndose este documento en parte integral del contrato
8. **EXPERIENCIA GENERAL:** El oferente deberá acreditar experiencia con hasta tres (3) contratos en Entidades Hospitalarias de 3 niveles o más de complejidad, cuyo objeto sea igual al objeto del presente proceso, y cuya sumatoria sea igual o superior al del presupuesto oficial del presente proceso.

#### 8.1. CONDICIONES PARA ACREDITAR EXPERIENCIA:

El proponente podrá acreditar su experiencia con una o varias de las siguientes alternativas:

- Copia del contrato y del Acta de Recibo Final.
- Copia del contrato y Acta de liquidación del contrato.
- Certificación expedida por la entidad contratante y Acta de Recibo Final.
- Certificación expedida por la entidad contratante y acta de liquidación.
- Certificación expedida por la entidad contratante y copia de contrato.

**NOTA No. 1:** En el caso de tratarse copia del contrato y de Entidad del orden Nacional, Departamental y/o Municipal que a la fecha ya no se encuentren en funcionamiento, el Contratista presentará la certificación expedida por la Entidad en su momento, acompañada de la declaración juramentada del oferente que contenga los aspectos requeridos en este numeral para acreditar la experiencia.

#### 9.2 CONTENIDO DE LAS CERTIFICACIONES:

1. Nombre de la empresa Contratante.
2. Nombre del Contratista.
3. Si se trata de un Consorcio o de una Unión Temporal se debe señalar el nombre de quienes lo conforman, adicionalmente se debe indicar el porcentaje de participación de cada uno de sus miembros y las actividades realizadas.
4. Número del Contrato.
5. Objeto del Contrato.
6. Fecha de suscripción (día/mes/año) y fecha de terminación (día/mes/año).
7. Fecha de expedición de la certificación (día/mes/año)
8. Certificación de cumplimiento expedida por el funcionario competente.
9. Cargo y firma de quien expide la certificación.
10. Valor del contrato y de las adiciones si las hubo.

Estos documentos deberán ser expedidos con anterioridad a la fecha del plazo previsto para la presentación de las ofertas.

**NOTA No. 1:** EL HOSPITAL se reserva el derecho de verificar la información suministrada por los oferentes así como el derecho de verificar su ejecución o existencia. Si se advierten discrepancias entre lo informado y lo establecido por EL DEPARTAMENTO, se rechazará la propuesta.

*Juntos por la Excelencia*

Si el proponente es un Consorcio o una unión temporal, se tendrán en cuenta la sumatoria de las certificaciones aportadas por cualquiera de los miembros del consorcio o unión temporal. Cada uno de los integrantes debe acreditar al menos una certificación de experiencia.

En el evento en que el proponente acredite experiencia en contratos en las cuales haya participado en Consorcio o Unión Temporal, para efectos de la evaluación de este factor, se tomará el valor equivalente al porcentaje de participación del proponente en el Consorcio o Unión Temporal del cual acredite la experiencia. En este caso, el proponente debe en la certificación de experiencia indicar el porcentaje de participación.

### 9.3 REQUISITOS DE CAPACIDAD FINANCIERA:

1. Diligenciamiento formato SARLAF anexo No.4

### 10. CONDICIONES DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA

Presentar la oferta económica que incluya todos los costos directos e Indirectos que genere el objeto de esta invitación, de acuerdo a las especificaciones técnicas exigidas en los presentes términos de referencia. Por tanto, es obligación del proponente, cuantificar correctamente en forma impresa, todos los costos necesarios para ejecutar completamente el objeto contractual en este sentido, no habrá lugar a reclamación alguna frente al Hospital, por la no inclusión de todos los valores correspondientes por parte del proponente.

**LA OFERTA ECONÓMICA DEBE SER PRESENTADA EN DOCUMENTO PDF DENTRO DE LA PROPUESTA, Y TAMBIEN DEBE SER ENVIADO EN FORMATO EXCEL.**

### 2. CRONOGRAMA DE PRESENTACION:

| ACTIVIDAD  | FECHA                                   | LUGAR   |
|--|---|---|
| PUBLICACIÓN SOLICITUD SIMPLE DE OFERTA                             | 3 DE ABRIL DE 2020                      | Página web del hospital <a href="http://www.hosdenar.gov.co">www.hosdenar.gov.co</a> y SECOP I                                    |
| PLAZO PARA PRESENTAR OBSERVACIONES A LA SOLICITUD SIMPLE DE OFERTA | 6 DE ABRIL DE 2020 HASTA LAS 2:00 P.M   | Correo electrónico <a href="mailto:documentacionhosdenar@gmail.com">documentacionhosdenar@gmail.com</a> - Formato PDF.            |
| RESPUESTA A OBSERVACIONES PRESENTADAS                              | 7 DE ABRIL DE 2020                      | Página web del hospital <a href="http://www.hosdenar.gov.co">www.hosdenar.gov.co</a> y SECOP I                                    |
| PRESENTACIÓN DE OFERTAS  | 8 DE ABRIL DE 2020 HASTA LAS 11:30 A.M. | Correo electrónico <a href="mailto:propuestasyofertashosdenar@gmail.com">propuestasyofertashosdenar@gmail.com</a> en Formato PDF. |
| PUBLICACIÓN DEL INFORME PRELIMINAR                                 | 13 DE ABRIL DE 2020                     | Página web del hospital <a href="http://www.hosdenar.gov.co">www.hosdenar.gov.co</a> y SECOP I                                    |

*Juntos por la Excelencia*

|   |   |  |
|---|---|--|
| SUBSANABILIDAD DE REQUISITOS HABILITANTES Y/O OBSERVACIONES AL INFORME PRELIMINAR | 15 DE ABRIL DE 2020, hasta las 11:00 a.m. | correo electrónico: <a href="mailto:documentacionhosdenar@gmail.com">documentacionhosdenar@gmail.com</a> |
| PUBLICACIÓN INFORME DEFINITIVO Y COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA             | 17 DE ABRIL DE 2020                       | Página web del hospital <a href="http://www.hosdenar.gov.co">www.hosdenar.gov.co</a> y SECOP.            |

3. **FECHA LÍMITE DE PRESENTACION DE OFERTA:** Hasta el día 8 de Abril de 2020 Hasta las 11:30 a.m. de acuerdo al cronograma.

**NOTA: DADA LA CONTINGENCIA POR EL COVID-19, LAS OFERTAS SOLO SE RECIBIRÁN AL CORREO ELECTRÓNICO:** [propuestasyofertashosdenar@gmail.com](mailto:propuestasyofertashosdenar@gmail.com) en Formato PDF. ESTE CORREO ES ÚNICAMENTE PARA RECIBIR PROPUESTAS INICIALES, no es para recibir documentos de subsanación, solicitudes, u observaciones. Para ello, identificar en el asunto del correo, el Numero del PROCESO

**PARA RADICAR DOCUMENTOS DE SUBSANACIÓN, PRESENTAR OBSERVACIONES, PETICIONES O SOLICITUDES EN RAZÓN AL PROCESO,** se debe enviar al correo electrónico [documentacionhosdenar@gmail.com](mailto:documentacionhosdenar@gmail.com).

4. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO DE SELECCIÓN**

El proceso de selección podrá declararse desierto en los siguientes casos:

- Cuando ninguna de las propuestas cumpla con los requerimientos de la solicitud simple de oferta
- Cuando no se presente ninguna oferta.
- Cuando se presenten ofertas y estas incurran en causal de rechazo.

En todos los casos la declaratoria de desierto deberá hacerse mediante comunicación motivada.

5. **LUGAR PRESENTACION DE OFERTA:** La oferta debe presentarse únicamente por vía electrónica en el correo: [propuestasyofertashosdenar@gmail.com](mailto:propuestasyofertashosdenar@gmail.com), especificando en el asunto del correo el número de solicitud a ofertar de acuerdo con la información del encabezado de esta solicitud y acreditando los requisitos que se relacionan a continuación, hasta la hora y fecha establecida en este documento, en formato PDF debidamente foliada. Solo se aceptaran ofertas en medio electrónico.

6. **RECHAZO DE LAS OFERTAS**

- Las propuestas que no se envíen al correo electrónico: [propuestasyofertashosdenar@gmail.com](mailto:propuestasyofertashosdenar@gmail.com), hasta la fecha y hora fijadas se considerarán extemporáneas por lo tanto serán rechazadas y devueltas al proponente en las mismas condiciones en que fueron recibidas. A ese efecto, se tendrá en cuenta la hora señalada en la página Web de la Superintendencia de Industria y Comercio – Hora Legal.
- Cuando la oferta económica no contemple todos y cada uno de los productos – ítem,
- cuando después de homologar los productos de su portafolio, éstos no correspondan a los que requiere la entidad.

*Juntos por la Excelencia*

4. Serán objeto de rechazo las propuestas cuya oferta económica supere el presupuesto oficial previsto.
5. Serán objeto de rechazo, las propuestas que se presenten sin tener previstas las especificaciones técnicas contempladas para el presente proceso, o cuando la homologación no cumpla con lo requerido por la Entidad.
6. Sera objeto de rechazo cuando el oferente no haya subsanado dentro del término establecido.
7. Sera objeto de rechazo cuando de la verificación de la capacidad técnica, jurídica y financiera se evidencie que existe inconsistencia entre la información suministrada y la realidad.
8. Sera objeto de rechazo cuando el proponente se hallen incurso en algunas de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar establecidas en la Constitución y la Ley.
9. Sera objeto de rechazo las propuestas que sea presentadas por personas jurídicas o sujetos de derecho incapaces para obligarse.
10. Será objeto de rechazo las propuestas que tenga ofertas condicionadas o parciales.
11. Sera objeto de rechazo cuando de conformidad de la información con la que cuenta la entidad se estime que el valor de la oferta resulte artificialmente bajo.
12. Sera objeto de rechazo cuando el proponente no entregue propuesta económica. O cuando no se encuentre suscrita por el competente para ello
13. Sera objeto de rechazo cuando de la verificación de la Cámara de Comercio el objeto social o actividad comercial del proponente, no le permita ejecutar el objeto del contrato.
14. En los demás casos donde expresamente así lo indiquen el estudio previo o la solicitud simple de oferta

## 7. EVALUACION DE LAS OFERTAS

### FACTORES DE EVALUACION

#### 1 PRECIO: Menor valor ofertado. Total 600 puntos

Menor precio ofertado: al menor precio ofertado se le asignará el mayor porcentaje según la fórmula.

$$PPP = (OMV * 600) / VP$$

Dónde:

|     |   |                                 |
|-----|---|---------------------------------|
| PPP | = | Puntaje de precio               |
| OMV | = | Precio de la Oferta Menor Valor |
| VP  | = | Valor Propuesta                 |

Las propuestas que no cumplan con los requisitos de habilitación técnica, jurídica y financiera no serán admitidas y por tanto no serán objeto de evaluación económica.

*Juntos por la Excelencia*

A las propuestas que según revisión cumplan con los requisitos de habilitación técnica, jurídica y financiera serán admitidas y se les aplicarán la ponderación de acuerdo a la documentación aportada.

**2 El criterio de calidad en la ponderación:**

A. **POR TIEMPOS DE ENTREGA O DE TIEMPOS DE RESPUESTA** al cual se comprometan. **Total 200 puntos**, para lo cual se otorgará el puntaje de acuerdo a los siguientes parámetros:

Para cirugías programadas:

- Entre 6 a 12 horas: **100 puntos**
- Entre 12 a 24 horas: 50 puntos
- 24 horas hasta 48 horas: 30 puntos
- Más de 48 horas: 0 puntos

Para Cirugías urgentes:

- Menor a 2 horas: **100 puntos**
- Entre 2 a 6 horas: 50 puntos

Lo anterior se acredita con certificación expedida y suscrita por el proponente persona natural o persona jurídica (representante legal)

B. **NO HABER TENIDO EVENTOS ADVERSOS:** no haber tenido reporte de eventos adversos presentados en el Hospital Departamental de Nariño, en el programa de Tecnovigilancia de las 3 vigencias anteriores, **Total 200 puntos**, para lo cual se otorgará el puntaje de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Oferentes con productos que hayan sido empleados en el Hospital sin presentarse ningún evento adverso: **200 puntos**
- Oferentes con productos que hayan sido empleados en el Hospital y que **NO** se hayan presentado eventos adversos serios: 100 puntos
- Oferentes con productos que no hayan sido empleados en el Hospital: 100 puntos

**Nota aclaratoria:** los oferentes que previo a esta convocatoria hayan tenido relación contractual con el Hospital en el suministro de estos materiales, el Hospital sin mediar solicitud alguna, realizará dicha verificación en las bases de datos de tecnovigilancia y de esa manera lo registrará en la evaluación técnica. Los oferentes que no le hayan suministrado estos materiales al Hospital, deberán aportar la información, mediante certificaciones de las entidades hospitalarias con quienes hayan tenido relación contractual, la cual deberá anexarse en la propuesta.

8. **DESEMPATE:** Los criterios de desempate serán las establecidas en el Manual de contratación, de persistir se elegirá mediante sorteo, en audiencia pública a través del sistema de balotas. Para ello se introducirán a un recipiente tantas balotas como propuestas empatadas hubiere, a continuación, cada uno de los representantes de los oferentes empatados como mejor oferta, en el orden de radicación de la propuesta, procederá a extraer de dicho recipiente una sola balota adjudicándose el contrato al proponente que extraiga la balota definida como opción ganadora la cual corresponde a la balota de color anaranjado.

*Juntos por la Excelencia*

- 9. EROGACIONES TRIBUTARIAS Y PUBLICACIÓN:** Todas las erogaciones tributarias que deban cancelarse con ocasión de la celebración del contrato u orden de compra, serán exclusivamente a cargo del contratista. Los impuestos territoriales por concepto de estampillas ascienden al 4.5% del valor del contrato.
- 10. REGIMEN APLICABLE:** La presente solicitud a cotizar y proceso de contratación se rige por lo dispuesto en el Estatuto Interno de Contratación adoptado mediante acuerdo 014 de 2019 de la Junta Directiva.
- 11. CONSTITUCIÓN DE GARANTÍAS:** El oferente que resulte adjudicatario del contrato deberá constituir las siguientes garantías.
- **Cumplimiento del contrato** equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del mismo y sus adiciones, cuya vigencia será por el término de duración de este contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la fecha de su perfeccionamiento.
  - **Calidad del bien** equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del mismo y sus adiciones, cuya vigencia será por el término de duración de este contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la fecha de su perfeccionamiento.
  - **Responsabilidad Civil Extracontractual:** Por una cuantía equivalente a 200 SMLMV. La vigencia de esta garantía se otorgará por todo el período de ejecución del contrato.

Atentamente,

  
**GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ**  
Gerente  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

Proyectó y revisó: Componente Jurídico: Amy Coral Cortes- Jefe Oficina Jurídica  
Proyectó y revisó componente técnico: Yaneth Valencia - Profesional Especializado Quirófano y Ginecobstetricia  
Tomas Valencia - Profesional Especializado del Servicio farmacéutico.  
Proyectó: Francis Duque: Abogada Contratista



*Juntos por la Excelencia*

ANEXOS

ANEXO 1

San Juan de Pasto,

Doctora:

**GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ**

Gerente

Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

La ciudad

Ref. Suministro de dispositivos médicos y medicamentos especiales de la línea de neurocirugía, para realizar las intervenciones quirúrgicas propias de esta especialidad, que son empleados en la prestación de servicios de salud de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Así mismo, el suscrito declara que:

1. Tiene capacidad legal para firmar y presentar la cotización.
2. El o los contratos que se llegare a celebrar en caso de adjudicación, comprometo totalmente a la sociedad que legalmente represento.
3. He revisado cuidadosamente los documentos de la cotización, incluidas sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de la misma.
4. La sociedad que legalmente represento y el personal con el cual se desarrollará los procesos cotizados, no están impedidos por causa de inhabilidades y/o incompatibilidades establecidas en las leyes colombianas para contratar con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
5. He recibido toda información necesaria para presentar debidamente la cotización.
6. En la eventualidad de que sea adjudicado el contrato, me comprometo a realizar, dentro del plazo máximo que fije el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., todos los trámites necesarios para legalización y adquisición de las pólizas solicitadas.
7. Que el contenido de la cotización es válido por un mínimo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha y hora del cierre de la misma.
8. Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, acuerdo No. 014 de 2019 proferido por la Junta Directiva del Hospital.
9. Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.

Atentamente,

(Nombre del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma cotizante)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax

*Juntos por la Excelencia*

**ANEXO 2**  
**FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

San Juan de Pasto,

Doctora:

**GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ**

Gerente

Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Ref. Suministro de dispositivos médicos y medicamentos especiales de la línea de neurocirugía, para realizar las intervenciones quirúrgicas propias de esta especialidad, que son empleados en la prestación de servicios de salud de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Me permito presentar a usted oferta económica dentro del proceso de la referencia de la siguiente forma:

| ITEM | NOMBRE DE PRODUCTO   | CANTIDADES | Vr. Ofertado Unitario | Vr Total Ofertado (Incluido IVA si aplica) |
|------|--|------------|-----------------------|--|
| 1    | PLACA DE TITANIO RECTAS DE 1.5mm DE 2 ORIFICIOS C/P  | 1          |                       |  |
|      | PLACA DE TITANIO RECTAS DE 1.5mm DE 2 ORIFICIOS P/L  | 1          |                       |  |
|      | PLACA DE TITANIO DE 1.5mm DOBLE Y  | 1          |                       |  |
|      | PLACA EN TITANIO EN CUADRO PEQUEÑA   | 1          |                       |  |
|      | MALLA DINAMICA CRANEOPLASTIA 30 X 130MM  | 1          |                       |  |
|      | MALLA DINAMICA CRANEOPLASTIA 140 X 200MM 6MM   | 1          |                       |  |
|      | TORNILLO 1.5 o 1.6 X 4mm- 5mm-6mm<br>AUTOPERFORANTE  | 1          |                       |  |
| 2    | CIERRES CRANEALES  | 1          |                       |  |
| 3    | SET MANGUERAS DOBLES DESECHABLES PARA RESECCION DE TUMOR (ASPIRADOR ULTRASONICO)           | 1          |                       |  |
| 4    | INSUMOS NEURONAVEGADOR   | 1          |                       |  |
| 5    | KIT DE ESTEROTAXIA MAS SOFTWARE DE PLANEACION  | 1          |                       |  |
| 6    | SOLUCION TOPICA DE YODO MAS ALCOHOL ISOPROPILICO   | 6          |                       |  |
| 7    | GRAPAS PARA CIERRE DE PIEL   | 7          |                       |  |
| 8    | GEL BARRERA ANTIADHERENCIAS DE 1.5CC   | 1          |                       |  |
| 9    | SELLANTE DE FIBRINA A BASE DE FIBRINOGENO-<br>APROTIMINA-TROMBINA HUMANA-CLORURO DE CALCIO | 1          |                       |  |
| 10   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 2.5 CM X<br>2.5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE      | 1          |                       |  |
| 11   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 7.5 CM X<br>7.5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE      | 1          |                       |  |
| 12   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 5 CM X 5<br>CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE          | 1          |                       |  |
| 13   | REGENERADOR DE DURAMADRE DE COLAGENO 10 CM X<br>12.5 CM PARCHE DE DURAMADRE SUTURABLE      | 1          |                       |  |
| 14   | MATRIZ HEMOSTATICA (TROMBINA HUMANA 2500UND -<br>CLORURO DE SODIO)                         | 1          |                       |  |

*Juntos por la Excelencia*



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO**  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



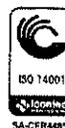
|                          |   |   |  |
|--------------------------|---|---|--|
| 15                       | DREN DE SILICONA CON TROCAR PUNZON                                      | 5 |  |
| 16                       | KIT VALVULA DERIVACION L.C. PRESION ALTA CONTORN                        | 1 |  |
| 17                       | KIT VALVULA DERIVACION L.C. PRESION BAJA CONTORN                        | 1 |  |
| 18                       | KIT VALVULA DERIVACION L.C. PRESION MEDIA CONTORN                       | 1 |  |
| 19                       | VALVULA PROGRAMABLE DE VARIOS NIVELES DE PRESION                        | 1 |  |
| 20                       | KIT CATETER VENTRICULAR-PERITONEAL CON RECUBRIMIENTO ANTIBIOTICO        | 1 |  |
| 21                       | CATETER VENTRIULAR ESTANDAR DE 23CM CON RECUBRIMIENTO ANTIBIOTICO       | 2 |  |
| 22                       | CATETER PERITONEAL/CARDIACO 90CM STANDARD CON RECUBRIMIENTO ANTIBIOTICO | 2 |  |
| 23                       | CONECTOR RECTO  | 2 |  |
| 24                       | CONECTOR EN Y   | 1 |  |
| 25                       | BIPOLAR PARA HUESO  | 1 |  |
| 26                       | ASPIRADOR ULTRASONICO PARA HUESO  | 1 |  |
| 27                       | SET DE CLIP PARA ANEURISMAS CEREBRALES                                  | 1 |  |
| 28                       | KIT SENSOR VENTRICULAR PARA MONITOREO DE PIC                            | 1 |  |
| 29                       | SISTEMA RECOLECTOR PARA SENSOR VENTRICULAR                              | 1 |  |
| 30                       | KIT SENSOR INTRAPARENQUIMATOSO PARA MONITOREO DE PIC                    | 2 |  |
| 31                       | SISTEMA DE DRENAJE Y MONITOREO EXTERNO                                  | 1 |  |
| 32                       | PUNTAS FRIAS HEMOSTATICAS BIPOLAR                                       | 1 |  |
| Valor Total de la Oferta |   |   |  |

**TOTALIZAR PROPUESTA:**

\_\_\_\_\_  
 Firma Representante Legal  
 (Nombre Completo del representante legal)  
 Cédula de Ciudadanía No.  
 (Nombre completa de la firma proponente)  
 NIT  
 Dirección, Teléfono, Fax

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
 Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
 www.hosdenar.gov.co \* mail: hudn@hosdenar.gov.co



**ANEXO 3  
OFRECIMIENTO DE FACTORES DE PONDERACION**

San Juan de Pasto,

Doctora:

**GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ**

Gerente

Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

La ciudad

Ref. Suministro de dispositivos médicos y medicamentos especiales de la línea de neurocirugía, para realizar las intervenciones quirúrgicas propias de esta especialidad, que son empleados en la prestación de servicios de salud de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

**Cordial Saludo.**

Para la ejecución de la presente solicitud simple me comprometo que de ser adjudicatario, haré la entrega de los elementos para cirugías programadas en el siguiente rango tiempo: (diligenciar de acuerdo al tiempo ofrecido)

Para cirugías urgentes me comprometo que la entrega será: (diligenciar de acuerdo al tiempo ofrecido)

En cuanto al criterio de Calidad, certifico que: (Diligenciar con una X según sea el caso)

- Oferentes con productos que hayan sido empleados en el Hospital sin presentarse ningún evento adverso: \_\_\_\_\_
- Oferentes con productos que hayan sido empleados en el Hospital y que NO se hayan presentado eventos adversos serios: \_\_\_\_\_
- Oferentes con productos que no hayan sido empleados en el Hospital: \_\_\_\_\_

**Atentamente,**

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal  
(Nombre Completo del representante legal)  
Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_  
(Nombre completa de la firma proponente)  
NIT \_\_\_\_\_  
Dirección, Teléfono, Fax \_\_\_\_\_

*Juntos por la Excelencia*





FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

CÓDIGO: FRTES - 011  
 FECHA DE ELABORACIÓN: 15 DE MARZO DE 2018  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 DE MARZO DE 2018  
 VERSIÓN: 01  
 HOJA: 1 DE: 2



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

|                           |    |      |                               |             |               |           |      |               |                   |  |             |
|---------------------------|----|------|-------------------------------|-------------|---------------|-----------|------|---------------|-------------------|--|-------------|
| Fecha de diligenciamiento |    |      | Tipo de Cliente o Contraparte |             |               |           |      |               | Tipo de Solicitud |  | Consecutivo |
| DD                        | MM | AAAA | Cliente                       | Contratista | Prestador IPS | Proveedor | Otro | Vinculación   |                   |  |             |
|                           |    |      |                               |             |               |           |      | Actualización |                   |  |             |
| Ciudad                    |    |      | Regional                      |             |               | Zonal     |      |               |                   |  |             |

INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

|                     |                  |                     |                |                     |           |                     |     |                        |                   |
|---------------------|------------------|---------------------|----------------|---------------------|-----------|---------------------|-----|------------------------|-------------------|
| Primer Apellido     | Segundo Apellido | Primer Nombre       | Segundo Nombre | Tipo de documento   |           |                     |     |                        | N° Identificación |
|                     |                  |                     |                | CC                  | CE        | TI                  | PAS | CD                     |                   |
| Lugar de expedición |                  | Fecha de expedición |                | Lugar de nacimiento |           | Fecha de nacimiento |     |                        | Dirección         |
|                     |                  | DD                  | MM             | AAAA                |           |                     | DD  | MM                     | AAAA              |
| Teléfono            | Celular          | Ciudad              | Departamento   |                     | Profesión |                     |     | Ocupación (código CIU) |                   |

Responda sí o no a las siguientes preguntas

|                                |                                |                                |   |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|

PERSONA JURÍDICA

|                               |              |           |            |                    |        |                    |  |  |
|-------------------------------|--------------|-----------|------------|--------------------|--------|--------------------|--|--|
| Razón Social                  |              |           | NIT        |                    |        | Correo electrónico |  |  |
| Tipo de sociedad:             | Anónima      | Limitada  | S.A.S.     | Otra               | ¿Cuál? |                    |  |  |
| Tipo de empresa:              | Privada      | Pública   | Mixta      | Sin ánimo de lucro |        |                    |  |  |
| Actividad económica principal |              |           |            |                    |        |                    |  |  |
| Salud                         | Farmacéutico | Químico   | Industrial | Otro               | ¿Cuál? |                    |  |  |
| Transportes                   | Servicios    | Comercial | Financiero | Código CIU         |        |                    |  |  |

|                                       |  |  |          |         |        |              |  |  |
|---------------------------------------|--|--|----------|---------|--------|--------------|--|--|
| Descripción de la actividad económica |  |  |          |         |        |              |  |  |
| Dirección oficina principal           |  |  | Teléfono | Celular | Ciudad | Departamento |  |  |
| Dirección agencia o sucursal          |  |  | Teléfono | Celular | Ciudad | Departamento |  |  |

Representante Legal

|                     |                  |               |                |                   |          |     |    |        |                   |
|---------------------|------------------|---------------|----------------|-------------------|----------|-----|----|--------|-------------------|
| Primer Apellido     | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento |          |     |    |        | N° Identificación |
|                     |                  |               |                | CC                | CE       | PAS | CD |        |                   |
| Lugar de expedición |                  | Dirección     |                |                   | Teléfono |     |    | Ciudad |                   |

Responda sí o no a las siguientes preguntas

|                                |                                |                                |   |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

| Razón social o nombres y apellidos | Tipo de documento | N° Documento | % de Participación | Responda sí o no a las siguientes preguntas |                                |                                |   |
|------------------------------------|-------------------|--------------|--------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|---|
|                                    |                   |              |                    | ¿Administra recursos públicos?              | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|                                    |                   |              |                    |   |                                |                                |   |
|                                    |                   |              |                    |   |                                |                                |   |
|                                    |                   |              |                    |   |                                |                                |   |
|                                    |                   |              |                    |   |                                |                                |   |



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

CÓDIGO:

FRTES - 011

VERSIÓN:

01

FECHA DE ELABORACIÓN:

15 DE MARZO DE 2018

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

15 DE MARZO DE 2018

HOJA: 2 DE 2



JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Table with columns: Nombres y apellidos, Tipo de documento, N° Documento, Principal o suplente, and four questions regarding public resources, recognition, public power, and PEP status.

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Table for financial information including Total activos \$, Total pasivos \$, Patrimonio \$, Ingresos mensuales \$, Egresos mensuales \$, and Otros Ingresos \$.

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Table for banking information including Tipo de Cuenta (Corriente, Ahorros), Entidad Financiera, Sucursal, and Teléfono.

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Table for commercial references with columns: Nombre, Teléfono, Dirección, and Ciudad.

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

Table for international operations including ¿Realiza negocios en moneda extranjera? and Tipo de transacciones (Importaciones, Exportaciones, Inversiones, Préstamos, Pago de servicios, Transferencias, Otros).

Productos financieros en moneda extranjera

Table for foreign currency financial products with columns: Tipo de producto, No. de producto, Entidad, Monto, Ciudad, País, and Moneda.

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes... 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita... 3. La información que he suministrado... 4. De manera irrevocable autorizo al HUDN E.S.E... 5. Los recursos que se deriven... 6. Eximimos al HUDN E.S.E. sus representantes legales...

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

Table for additional declarations with questions about sanctions, Clinton list, and natural person status.

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento: [Firma line] [Huella box]

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Table for legal entity diligencing including Nombre de la persona que lo diligencia, Tipo de documento (CC, CE, PAS), Número de identificación, and Lugar de expedición.