

Montería, mayo 7 del 2025

TÉRMINOS DE CONDICIONES - CONVOCATORIA No. 071 - 2025

La Empresa Social del Estado VIDASINÚ, mediante la modalidad de selección de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Manual de Contratación de la Empresa, invita a las personas naturales y jurídicas que cumplan con los requisitos de participación y demás especificaciones contenidas y exigidas en los presentes Términos de condiciones, a fin de que presenten propuestas técnico-económicas para la ejecución del objeto contractual.

Los interesados podrán acceder a la información referente a los procesos de contratación que adelanta la E.S.E. VIDASINÚ, a través de la página web de la empresa www.esevidasinu.gov.co y en las carteleras ubicadas en la sede administrativa de la Entidad de conformidad con los siguientes detalles:

1.- OBJETO DEL CONTRATO.

El presente objeto contractual es el suministro de medicamentos y dispositivos médicos.

2.- MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN.

De conformidad a lo establecido en los artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado se rigen en materia de contratación por el derecho privado con observancia de los principios de la contratación estatal establecidos en el artículo 209 y 267 de la Constitución Política de Colombia, a fin de no vulnerar los fines de la contratación pública.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5185 del 14 de diciembre de 2013, en su artículo 2 establece que, si bien las Empresas Sociales del Estado se rigen por el derecho privado, de conformidad con el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, deben aplicar los principios de la función administrativa y sujetarse a los lineamientos fijados en la resolución. El artículo 16 de la Resolución 5185 de 2013 establece que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Resolución, adoptará el estatuto de contratación dando cumplimiento a lo definido en la resolución. En consonancia con lo anterior, la E.S.E. adoptó el Acuerdo 004 de 2014 (Estatuto de Contratación) y la Resolución 277 de 2014 (Manual de contratación).

En el caso de la E.S.E. VIDASINÚ, el procedimiento a seguir es el señalado en la Resolución No. 277 de fecha septiembre 5 de 2014, por medio del cual se adoptó el Manual de Contratación de la E.S.E. VIDASINÚ.



La modalidad de contratación a utilizar en este caso es la de Convocatoria Pública (Artículo 13 del Acuerdo 004 de 2014 y Art. 19 de la Resolución 277 de 2014).

Finalmente, la Empresa debe definir y adoptar normas, procedimientos y trámites que garanticen racionalidad en el uso de los recursos, eficiencia en la atención de sus responsabilidades y transparencia de sus actuaciones, por lo tanto, los contratos que celebre la E.S.E. VIDASINÚ se rigen por las normas del Derecho Privado, sin embargo, el Gerente podrá pactar o imponer las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto contractual de la administración pública.

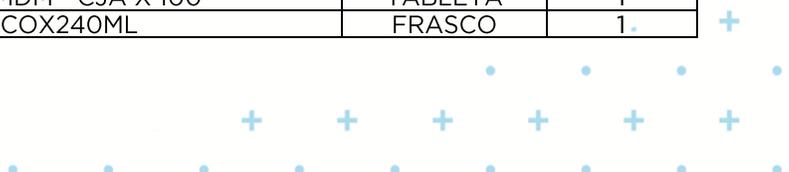
3.- CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS O BIENES QUE REQUIERE LA EMPRESA.

Verificada la necesidad de medicamentos y dispositivos médicos, de acuerdo con la demanda requerida para el funcionamiento y operatividad de la E.S.E. VIDASINÚ, se solicitarán los productos que a continuación se detallan:

Nº	DESCRIPCIÓN-MEDICAMENTOS	UNIDAD MEDIDA	CANT.
1	ABACAVIR 20MG FCO X 240ML SOL. ORAL (ABACAR)	FRASCO	1
2	ACETAMINOFEN DE 150 MG - JARABE FCO X 60	FRASCO	1
3	ACETAMINOFEN DE 500 MG - TAB.CAJ X 100	TABLETA	1
4	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG TAB-CAJ X 900-B30	TABLETA	1
5	ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML CX 5 AMPOLLA	AMPOLLA	1
6	ADENOSINA 6 MG/2ML AMP	AMPOLLA	1
7	ADRENALINA DE 1 MG X 1ML CX25 AMP	AMPOLLA	1
8	AGUA ESTERIL 500ML INYECCION CAJ X 40	INYECCION	1
9	ALCAINE - GOTAS MICAS 15ML	FRASCO-GOTAS	1
10	ALCOHOL ANTISEPTICO 70% FCO X 3800 ML	FRASCO	1
11	ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO X 750 ML	FRASCO	1
12	ALCOHOL ETANOL AL AL 96% GALON	FRASCO	1
13	ALFAMETILDOPA 250MG TABLETAS	TABLETA	1
14	ALPRAZOLAM 0.25MG CX30 TAB (CONTROLADO)	TABLETA	1
15	ALPRAZOLAM 0.5MG TAB. XANAX	TABLETA	1
16	AMIKACINA 500MG/2ML INY-CJA X 10	INYECCION	1
17	AMINOFILINA 240MG INYECCION	INYECCION	1
18	AMIODARONA DE 150 MG - INYECCION	INYECCION	1
19	AMPICILINA + SULBACTAM 1,5 GR CX50 VIAL (AMPIDELT)	AMPOLLA	1
20	AMPICILINA DE 1 GR CX50 VIAL	AMPOLLA	1
21	ATAZANAVIR 300 MG CAP CNPMDM CJA X 30	CAPSULA	1
22	ATORVASTATINA 40MG TAB CJA X 500-B10	TABLETA	1
23	ATROPINA SULFATO 1 MG /1ML CX100 AMP (ATROPISA)	AMPOLLA	1
24	AZITROMICINA 200MG SUSP/5ML POLVO SUP VMR-FCO X 15	FRASCO	1
25	AZITROMICINA 500MG TAB VMR CJA X 3-B3	TABLETA	1
26	BECLOMETASONA 250 INHALADOR BUCAL FCO X 200 (biosyntec)	FRASCO	1
27	BECLOMETASONA 50 INHALADOR BUCAL FCO X 200 DOSIS CHALVER	FRASCO	1
28	BERODUAL SOLUCION PARA INHALAR FCO POR 20ML	FRASCO	1
29	BETAMETASONA DE 4 MG/ML - INYECCION CJA X 100	INYECCION	1
30	BETAMETASONA DE 8 MG/2ML - INYECCION CJA X 100	INYECCION	1
31	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG CX20TAB.(MYORITMO)	TABLETA	1

32	BETAMETILDIGOXINA 2MG/2ML CX5 AMP.(MYORITMO)	AMPOLLA	1
33	BICARBONATO DE SODIO 10MGE/10ML INY	INYECCION	1
34	BIPERIDENO 2MG TABLETA	TABLETA	1
35	BIPERIDENO 5MG INY	INYECCION	1
36	BROMURO DE IPATROPIO 0.25MG SOL INH FCO X20ML (ATROVENT)	FRASCO	1
37	BROMURO DE IPRATROPIO INH 200 DOSIS 20MCG /DOSIS/MCG	FRASCO	1
38	BROMURO DE VECURONIO 10 MG CX10 VIAL	AMPOLLA	1
39	CABERGOLINA	TABLETA	1
40	CAPTOPRIL 50 MG TAB-CJA X 100 B20	TABLETA	1
41	CAPTOPRIL DE 25 MG - TAB.CAJ X 30 -B10	TABLETA	1
42	CEFALOTINA 1GR INY -CJA X 10	INYECCION	1
43	CEFRADINA DE 1 GRM - CAJA X 10 INYECCION	INYECCION	1
44	CEFTRIAZONA DE 1 GR CAJA X 10	AMPOLLA	1
45	CIPROFLOXACINA 100 MG/10ML - INYECCION CAJA X 10	FRASCO	1
46	CLINDAMICINA DE 600 MG /4ML CX100AMP	AMPOLLA	1
47	CLONIDINA 0.150 MG TAB	TABLETA	1
48	CLOPIDOGREL 75 MG - TAB CNPMDM-CJA X30-B10	TABLETA	1
49	CLOROQUINA 250MG TAB	TABLETA	1
50	CLORURO DE POTASIO 14.9%/10ML AMPOLLA	AMPOLLA	1
51	CLORURO DE SODIO 0.9% 100ML -INY	INYECCION	1
52	CLORURO DE SODIO 0.9% 100ML INY - FRASCO - CJA X 84	INYECCION	1
53	CLORURO DE SODIO 0.9% 100ML -INY CJAX 100	INYECCION	1
54	CLORURO DE SODIO 0.9% 250ML INY - FRASCO - CJA X 64	FRASCO	1
55	CLORURO DE SODIO 0.9% 500ML INY	INYECCION	1
56	CLORURO DE SODIO 0.9% 500ML INY - FRASCO - CJA X 35	FRASCO	1
57	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 ML-INY CJA X 56	INYECCION	1
58	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 ML-INY CJA X 90	INYECCION	1
59	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML-INY CJA X 40	INYECCION	1
60	CLORURO DE SODIO 11% / 10ML AMPOLLA	AMPOLLA	1
61	DARUNAVIR 800MG TAB CNPMDM FCO X 30	TABLETA	1
62	DEPOTRIN AMPOLLA 150MG/3ML	AMPOLLA	1
63	DEXAMETASONA DE 4 MG/1ML CX100 AMP	AMPOLLA	1
64	DEXAMETASONA DE 8 MG/2ML CX100 AMP	AMPOLLA	1
65	DEXTROSA 50% AD 500ML INY - CJA X 36	INYECCION	1
66	DEXTROSA AL 10% AD 500ML INY CAJA X 40 BOLSA	INYECCION	1
67	DEXTROSA AL 5 % AD 500ML INY-CJA X 40	INYECCION	1
68	DEXTROSA AL 50% AD 500ML INYECCION CJA X 40	INYECCION	1
69	DIAZEPAM 10MG/2ML CX100 AMP(CONTROLADO)	AMPOLLA	1
70	DICLOFENACO DE 75 MG/3ML CX100 AMP	AMPOLLA	1
71	DIMENHIDRINATO 50MG CX600TABLETA(PASEDOL)	TABLETA	1
72	DINITRATO DE ISOSORBIDE DE 5 MG CX20-TAB(ISOCOCORD)	TABLETA	1
73	DIPIRONA + 2,5MG+HIOSCINA 20MG/5ML CX100 AMPOLLA	AMPOLLA	1
74	DIPIRONA DE 1 GRM/ 2 ML - CX100 AMP	AMPOLLA	1
75	DIPIRONA DE 2,5 GRM/ 5 ML AMPOLLA	AMPOLLA	1
76	DOBUTAMINA 250MG/5ML	AMPOLLA	1
77	DOLUTEGRAVIR 50MG CX30 TAB (TIVICAY®)(R)	TABLETA	1
78	DOPAMINA 200MG/5ML CX100 AMP	AMPOLLA	1
79	EMTRICITABINA+TENOFVIR 200MG+300MGFCOX30TB	FRASCO	1
80	ENOXAPARINA 40MG INY JERINGA PRESELLADA	INYECCION	1
81	ENOXAPARINA 60MG INY JERINGA PRESELLADA	INYECCION	1
82	ENOXAPARINA 80MG INY JERINGA PRE SELLADA	INYECCION	1
83	ERITROMICINA 500 MG - TABLETA-CJA X 50 B10	TABLETA	1
84	FENITOINA SODICA 250MG/5ML CX5 AMP (BLASK®)	AMPOLLA	1
85	FENTANILO 0.5MG/10ML CX20 AMP (CONTROLADO)	AMPOLLA	1

86	FITOMENADIONA 10MG/1ML - INYECCION	INYECCION	1
87	FUROSEMIDA DE 40 MG INY	INYECCION	1
88	FUROSEMIDA DE 40 MG TAB	TABLETA	1
89	GELOFUSINE ISO 4% 500ML CX10	FRASCO	1
90	GENTAMICINA 3MG /ML GTA OFT FCO X 6	FRASCO	1
91	GENTAMICINA 40MG/ML INYCJA X 10	INYECCION	1
92	GENTAMICINA 80MG/2ML INY CJA X 10	INYECCION	1
93	GLUCONATO DE CALCIO 10%INY	INYECCION	1
94	HALOPERIDOL DE 5 MG - INYECCION	INYECCION	1
95	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML CX25 VIAL (HEPAMAX-S®)	AMPOLLA	1
96	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TAB	TABLETA	1
97	HIDROCORTISONA 100MG/2ML CX100 VIAL(SUMICORT®)	AMPOLLA	1
98	HIDROXICINA 100MG/2ML CX5 AMP (CLEMASKOV®)	AMPOLLA	1
99	HIDROXIDO DE ALUMINIO+MAG+SIMETICONA SUSP FCX360ML	FRASCO	1
100	HIOSCINA 20MG/1ML CX10 AMP	AMPOLLA	1
101	IBUPROFENO 600MG TAB	TABLETA	1
102	IMPLANTE SUBDERMICO LEVONOGENTREL 75 MGJADELLE	BAYER	1
103	IMPLANTE SUBDERMICO ETONOGESTREL 68 MG IMPLANON	ORGANON	1
104	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTID INY	INYECCION	1
105	INSULINA CRISTALINA R 100MG	INYECCION	1
106	INSULINA HUMANA NPH 100MG	INYECCION	1
107	IVERMECTINA 0.6% 6ML (SIMPIOX)	FRASCO-GOTAS	1
108	JABON QUIRUCIDAL (CLORHEXIDINA) FCO X 60ML	FRASCO	1
109	JABON QUIRUCIDAL (CLORHEXIDINA) GALON X 3.750CC	FRASCO	1
110	LABELTALOL AMPOLLA 100 MG /20ML INY	AMPOLLA	1
111	LACTATO DE RINGER - DE 500 ML -INY CJA X 40	INYECCION	1
112	LACTATO DE RINGER 500ML INY - FRASCO - CJA X 35	INYECCION	1
113	LAMIVUDINA 10MG/ML SOL. ORAL FCO X 240	FRASCO	1
114	LAMIVUDINA 150MG TABLETA-CAJ X 60	TABLETA	1
115	LECHES MATERNIZADAS	ALIMENTO	1
116	LEVONORGESTREL 0.75MG TAB CNPMDM-CJA X 2 (EVINET) -B2PASTILLAS	TABLETA	1
117	LIDOCAINA 10% SPRAY FCOX80C (ROXICAINA)	FRASCO	1
118	LIDOCAINA 2% S/E FCOX50ML AMP(PISACAINA)	AMPOLLA	1
119	LIDOCINA JALE 2G/100ML(2%)TUBOX30ML TOPICA	TUBOX30ML	1
120	LOPERAMIDA 2MG CX240 TAB	TABLETA	1
121	MELOXICAM 15MG CX3 AMP	AMPOLLA	1
122	METILERGOMETRINA 2MG/1ML CX10 AMP METHERGIN	AMPOLLA	1
123	METILPREDNISOLONA 500MG (R) CX10 VIAL	AMPOLLA	1
124	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML CX100 AMP	AMPOLLA	1
125	METOPROLOL 100MG TAB	TABLETA	1
126	METOPROLOL 1MG/5ML AMPOLLA	AMPOLLA	1
127	METOPROLOL DE 50 MG TAB.	TABLETA	1
128	METRONIDAZOL 500MG OVU-CJA X 200	OVULO	1
129	METRONIDAZOL DE 250MG/5ML SUS-FCO X 120	FRASCO	1
130	METRONIDAZOL DE 500MG TAB-CJA X 500-B10	TABLETA	1
131	MIDAZOLAM 15MG/3ML CX10 AMP (CONTROLADO)	AMPOLLA	1
132	MIDAZOLAM 5MG/5ML CX10 AMP (MIZOLAM®)(CONTROLADO)	AMPOLLA	1
133	MISOPROSTOL 200MG CX28 TAB (CYTIL®)	TABLETA	1
134	N ACETILCISTEINA 200MG	GRANULOS	1
135	NALOXONA CLORHIDRATO 0.4MG/ML CX10 AMP (NALOXIV®)	AMPOLLA	1
136	NEVIRAPINA 200MG TAB CNPMDM - CJA X 100	TABLETA	1
137	NEVIRAPINA 50MG/5ML SOL FCOX240ML	FRASCO	1.



138	NIFEDIPINO DE 30 MG TABLETA	TABLETA	1
139	NITROFUZAZONA 0.2% FCOX500 GR POMADA(CUYDERM®)	POTE	1
140	NITROFUZAZONA 0.2% TUBOX40 GR POMADA	TUBO	1
141	NITROGLICERINA 50MG/10ML CX25 AMP	AMPOLLA	1
142	NORADRENALINA 4MG INY	INYECCION	1
143	OMEPRAZOL 40MG CX10 VIAL (K-DELPRAZOL®)	AMPOLLA	1
144	ONDANSETRON 8 MG/4ML CX5 AURODANZ	AMPOLLA	1
145	OSELTAMIVIR 75MG TAB	TABLETA	1
146	OXACILINA DE 1 GRM POL /REC	FRASCO	1
147	OXIMETAZOLINA 0,25 SOLU NASAL	FRASCO	1
148	OXIMETAZOLINA 0,50 SOLU NASAL	FRASCO	1
149	OXITOCINA 10UI/ML SOL INYTECTABLE	AMPOLLA	1
150	PENICILINA G BENZATINICA 1 2UI -INY-CJA X 10	INYECCION	1
151	PENICILINA G BENZATINICA 2 4UI -INY-CJA X 10	INYECCION	1
152	PENICILINA G SODICA 1 CRIS IU INY-CJA X 10	INYECCION	1
153	PENICILINA POTASICA 250MG/ 5ML	POLVO DE RECONSTITUIR	1
154	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 405 GR POLVO PARA INYECCION	INYECCION	1
155	POVIDONA IODADA 5%	SOLUCION OFTALMICA	1
156	PREDNISOLONA 5MG CX300 TAB	TABLETA	1
157	RALTEGRAVIR 100MG FCOX60 TAB (R)(ISENTRESS®)	FRASCO	1
158	RALTEGRAVIR 100MG GRANULOS PARA SUSPENSION ORAL- CAJA X60 SOBRES	SOBRE	1
159	RALTEGRAVIR 400MG FCOX60 TAB (R)(ISENTRESS®)	FRASCO	1
160	RISPERIDONA 1MG TAB	TABLETA	1
161	SALBUTAMOL 5MG/ML SOL. NEB. FCOX10ML (VENTILAN®)	FRASCO	1
162	SALBUTAMOL INH 200 DOSIS 100MCG/DOSIS (SALBUMED®)	FRASCO	1
163	SALES DE REHIDRATACION ORAL - SOBRE-CJA X 30	SOBRE	1
164	SERTRALINA 50 MG	TABLETA	1
165	SUCCINICOLINA 1G/10ML CX1 AMPOLLA	AMPOLLA	1
166	SUCRALFATO 1GR CX250 TAB(ALSUCRAL®)	TABLETA	1
167	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	FRASCO	1
168	SUERO FIOLOGICO 0.9% BOLSA X 50ML CX12	BOLSA	1
169	SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA	CREMA	1
170	SULFATO DE ZINC SOLUCION ORAL FRASCO	FRASCO	1
171	SULFATO MAGNESIO 20% INY	INYECCION	1
172	TRAMADOL DE 100 MG /2ML - INYECCION	INYECCION	1
173	TRAMADOL DE 50 MG /1ML - INYECCION	INYECCION	1
174	TRAZODONA 50MG TAB	TABLETA	1
175	TRIMETROPIN + SULFAMETOXAZOL 160MG/800MG/3ML INY	INYECCION	1
176	VALCOTE 500MG CX30 TAB DIVALPROATO SODICO	TABLETA	1
177	VALSARTAM 160MG TAB	TABLETA	1
178	VALSARTAM 80MG TAB	TABLETA	1
179	VANCOMICINA 1000 MG POLVO PARA INYECCION	INYECCION	1
180	VITAMINA A 50.000UI CAP - CJA X 300 - B10	CAPSULA	1
181	VITAMINA A 50.000UI CAP BLANDA - CJA X 50 - B10 (RETIBLAN)	CAPSULA	1
182	VITAMINA C +ZINC NARANJA 500 MG	TABLETA	1
183	VITAMINA D3 1000UI TAB	TABLETA	1
184	YODOPOVIDONA ESPUMA FCO X 60 ML	FRASCO	1
185	YODOPOVIDONA ESPUMA GALON 3.5 L	GALON	1
186	YODOPOVIDONA SOLUCION FCO X 60 ML	FRASCO	1
187	YODOPOVIDONA SOLUCION GALON 3.5 L	GALON	1
188	ZIDOVUDINA 10MG/ML AMP -CJA X 5	AMPOLLA	1
189	ZIDOVUDINA 10MG/ML SOL -FCO X 240	FRASCO	1



190	ZIDOVUDINA 300MG TAB.	TABLETA	1
DISPOSITIVOS MÈDICOS			
1	DIU-UNIDAD	UNIDAD	1
2	ADAPTADOR DE OXIGENO -UNIDAD	UNIDAD	1
3	AGUJA HIPODERMICA No 18G X 1 1/2 CX100	UNIDAD	1
4	AGUJA HIPODERMICA No 20G X 1 1/2 CX100	UNIDAD	1
5	ALGODON EN POMOS X 500G	UNIDAD	1
6	ALGODON LAMINADO ROLLO	UNIDAD	1
7	AMBU DESECHABLE ADULTO -HUMAN LIFE CARE	UNIDAD	1
8	AMBU DESECHABLE NEONATAL (RESUCITADOR)	UNIDAD	1
9	AMBU DESECHABLE PEDIATRICO (RESUCITADOR)	UNIDAD	1
10	APLICADOR DE MADERA CON ALGODON BOLSA X 100	UNIDAD	1
11	ASPIRADOR UTERINO#2 PROIB. REPRO	UNIDAD	1
12	BAJALENGUAS PQTEX100 UND	UNIDAD	1
13	BALÓN HIDROSTÁTICO BAKRI	UNIDAD	1
14	BOLSA ORINA 2000 ML CX40	UNIDAD	1
15	BRAZALETE IDENTIFICACION NIÑA ROSADO-CJA X 100	UNIDAD	1
16	BRAZALETE IDENTIFICACION NIÑO AZUL-CJA X 100	UNIDAD	1
17	CANULA DE MAYO GUEDEL # 2	UNIDAD	1
18	CANULA DE MAYO GUEDEL # 4.0	UNIDAD	1
19	CANULA DE MAYO GUEDEL N° 0	UNIDAD	1
20	CANULA DE MAYO GUEDEL N° 1	UNIDAD	1
21	CANULA 9mm PROIB REPRO	UNIDAD	1
22	CANULA ASPIRACION UTERINA#4mm	UNIDAD	1
23	CANULA ASPIRACION UTERINA#6mm	UNIDAD	1
24	CANULA DE MAYO GUEDEL # 5.0	UNIDAD	1
25	CANULA DE MAYO GUEDEL # 3	UNIDAD	1
26	CANULA NASAL OXIGENO ADULTO	UNIDAD	1
27	CANULA NASAL ALTO FLUJO	UNIDAD	1
28	CANULA NASAL OXIGENO NEONATAL	UNIDAD	1
29	CANULA NASAL OXIGENO PEDIATRICA	UNIDAD	1
30	CATETER INTRAVENOSO # 16-CJA X 50	UNIDAD	1
31	CATETER INTRAVENOSO # 18-CJA X 50	UNIDAD	1
32	CATETER INTRAVENOSO # 20-CJA X 50	UNIDAD	1
33	CATETER INTRAVENOSO # 22-CJA X 50	UNIDAD	1
34	CATETER INTRAVENOSO # 24-CJA X 50	UNIDAD	1
35	CINTA TESTIGO CONTROL ESTERIL 19X50 MT	UNIDAD	1
36	CINTA TORNASOL PARA MEDIR PH FCOX100 UND	UNIDAD	1
37	CITOFIJADOR X 150 ML	UNIDAD	1
38	CLAMP UMBILICAL-UNIDAD	UNIDAD	1
39	COLLAR FILADELPHIA L-UNIDAD	UNIDAD	1
40	COLLAR FILADELPHIA M-UNIDAD	UNIDAD	1
41	COLLAR FILADELPHIA S-UNIDAD	UNIDAD	1
42	COMPRESA ESTERIL 45X45 4 CAPAS PAQX5	UNIDAD	1
43	CONDON DE LATEX LUBRICADO REDONDO CX72	UNIDAD	1
44	CONO PARA OTOSCOPIO ADULTO PAQUETE X 100	UNIDAD	1
45	CONO PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO PAQUETE X 100	UNIDAD	1
46	CROMADO 2/0 CT1 90CMS REF.923T CX24	UNIDAD	1
47	CROMADO 3/0 CT1 X70CMS REF.810T CX24	UNIDAD	1
48	CROMADO 5/0 RB1 X70CMS REF.U202T CX24	UNIDAD	1
49	CUCHILLA PARA BISTURI # 15	UNIDAD	1
50	CURETA FLEXIBLE #10mm	UNIDAD	1
51	CURETA FLEXIBLE #5mm	UNIDAD	1
52	CURETA FLEXIBLE #7mm	UNIDAD	1
53	CURETE FLEXIBLE #8mm	UNIDAD	1
54	CURETA RIGIDA #12mm	UNIDAD	1
55	CURITAS REDONDAS	UNIDAD	1
56	ELECTRODO ADULTO	UNIDAD	1
57	ELECTRODO PEDIATRICO	UNIDAD	1
58	ELECTRODOS O PARCHES PARA DESFIBRILADOR	UNIDAD	1
59	ENTELLAN X 100 ML	UNIDAD	1

60	EQUIPO BOMBA INTRAFIX COMPACT AIR IL	UNIDAD	1
61	EQUIPO BURETRA 150 ML	UNIDAD	1
62	EQUIPO DE MACROGOTEO FOTOSENCIBLE	UNIDAD	1
63	EQUIPO PERICRANEAL 23GX 3/4	UNIDAD	1
64	EQUIPO VENOCLISIS MICROGOTEO	UNIDAD	1
65	ESPECULO VAGINAL TALLA L	UNIDAD	1
66	ESPECULO VAGINAL TALLA M	UNIDAD	1
67	ESPECULO VAGINAL TALLA S	UNIDAD	1
68	FERULA DE ZIMMER-UNIDAD	UNIDAD	1
69	FRASCO PARA BASCIOSCOPIA	UNIDAD	1
70	FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	UNIDAD	1
71	GASA ESTERIL 10X10	UNIDAD	1
72	GASA ROLLO 100 YARDAS(25 HILOS)	UNIDAD	1
73	GEL ANTIBACTERIAL FCO X 1000	UNIDAD	1
74	GEL CONDUCTOR 3.8 ML GA-GAL X 3,8 LT	UNIDAD	1
75	GEL CONDUCTOR FRASCO 250	UNIDAD	1
76	GUANTES ESTERIL 6.5	UNIDAD	1
77	GUANTES ESTERIL 7.5	UNIDAD	1
78	GUIA O ESTL.ENTUB. 10PED-UNIDAD	UNIDAD	1
79	GUIA O ESTL.ENTUB. 14 ADULTO -UNIDAD	UNIDAD	1
80	HISOPO OROFARINGEO	UNIDAD	1
81	HUMIDIFICADOR VASO UNIDAD	UNIDAD	1
82	HUMIDIFICADOR VENTURY UNIDAD	UNIDAD	1
83	INCENTIVO RESPIRATORIO DE TRES BALONES	UNIDAD	1
84	INHALO CAMARA ADULTO-UNIDAD	UNIDAD	1
85	INHALO CAMARA PEDIATRICO UNIDAD	UNIDAD	1
86	JERINGA 2ML 21G X 1 1/2 CX100	UNIDAD	1
87	JERINGA 5ML 21G X 1 1/2 CX100 UND(3 PARTES)	UNIDAD	1
88	JERINGA DESECHABLE 1ML 27GX 1/2	UNIDAD	1
89	JERINGA DESECHABLE 20ML 21GX 1 1/2-CJA X 50	UNIDAD	1
90	JERINGA DESECHABLE 60 ML PUNTA CATETER-CJA X 25	UNIDAD	1
91	JERINGA DESECHABLE 2ML 23G X 1-CJA X 100	UNIDAD	1
92	JERINGA DESECHABLE 50ML 21G X 1-1/2-CJA X 30	UNIDAD	1
93	JERINGAS de 10ml	UNIDAD	1
94	KIT CITOLOGICO CON LAMINILLA ESMERILADO (P-UNIDAD) TALLA M	UNIDAD	1
95	KIT CITOLOGICO CON LAMINILLA ESMERILADO (P-UNIDAD) TALLA S	UNIDAD	1
96	LAMINAS CON PORTAOBJETOS ESMERILADO	UNIDAD	1
97	LAMINILLAS CUBRE OBJETOS 24X60	UNIDAD	1
98	LLAVE DE TRES VIAS-CJA X 100	UNIDAD	1
99	MACROGOTEO 10G SIN AGUJA BX20 CX400 UND	UNIDAD	1
100	MANGUERA PARA ASPIRADOR DE SECRESIONES	UNIDAD	1
101	MANGUERA PARA OXIGENO X30MTS-CJA X 30	UNIDAD	1
102	MASCARA DE NO REHINALACION PEDIATRICA	UNIDAD	1
103	MASCARA DE NO REINHALACION ADULTO CON RESERVORIO	UNIDAD	1
104	MASCARA LARINGEA N°2-UNIDAD	UNIDAD	1
105	MASCARA LARINGEA N°5-UNIDAD	UNIDAD	1
106	MASCARA VENTURY ADULTO-UNIDAD	UNIDAD	1
107	MASCARA VENTURY PEDIATRICA-UNIDAD	UNIDAD	1
108	MASCARILLA DE OXIGENO SIMPLE ADULTO-UNIDAD	UNIDAD	1
109	MASCARILLA DE OXIGENO SIMPLE PEDIATRICA-UNIDAD	UNIDAD	1
110	MEDIO DE TRANSPORTE AMIES CON CARBON ACTIVADO X100	UNIDAD	1
111	MEDIO DE TRANSPORTE CARY - BLAIR (TUBO)	UNIDAD	1
112	MEDIO DE TRANSPORTE UNIVERSAL FRASCO PLASTICO 1.5ML	UNIDAD	1
113	MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL KIDXUND. TUB. PLASTX1,5ML	UNIDAD	1



114	MICRONIBULIZADOR ADULTO	UNIDAD	1
115	MICRONIBULIZADOR PEDIATRICO	UNIDAD	1
116	MICROPORE PIEL 1 X 10 YARDAS CX12	UNIDAD	1
117	NUTRIFLO X1500ML CX40	UNIDAD	1
118	PANTALÓN ANTICHOQUE	UNIDAD	1
119	PAPEL CREPADO 50CM*100MTS AZUL	UNIDAD	1
120	PAPEL PARA ECOGRAFO UPP 110-S SONY BAJA DENSIDAD	UNIDAD	1
121	PAPEL PARA EKG 63 X 30 MTS TRES CANALES	UNIDAD	1
122	PAPEL PARA EKG 80MMX20 MTS 3 CANALES	UNIDAD	1
123	PAPEL PARA ELECTRO 50X30 CORTO REDONDO	UNIDAD	1
124	PAPEL PARA MONITOREO FETAL F3/F6/F9 152MMX90MX150	UNIDAD	1
125	PERILLA DE SUCCION	UNIDAD	1
126	PLACA RADIOGRAFICA DRY DI-HL 8X10X150HOJAS DPX7000	UNIDAD	1
127	PLACA RADIOGRAFICA DRY DI-HT 8X10X100HOJAS	UNIDAD	1
128	PROLENE 2/0 CT1 X75CMS REF.8423T CX24	UNIDAD	1
129	PROLENE 3/0 PS-1 45CMS REF.8663T CX24	UNIDAD	1
130	PROLENE 4/0 PS-2 45CMS REF.P8682T CX24	UNIDAD	1
131	PROLENE 5/0 PS-2 45CM REF.P8686T CX24	UNIDAD	1
132	PRUEBA DE VIH 1/2 -3,0 DEVICE ESTÁNDAR CASSETTE-CJA X 30	UNIDAD	1
133	PRUEBA DE VIH 1/2 -4,0 DEVICE ESTÁNDAR CASSETTE-CJA X 30	UNIDAD	1
134	PRUEBA DE VIH 1/2 -4,0 DEVICE ESTÁNDAR CASSETTE-CJA X 20	UNIDAD	1
135	PRUEBA RAPIDA ANTIGENO COVID19 NASAL KITX25	UNIDAD	1
136	PRUEBA RAPIDA ANTIGENO COVID19 NASOFARINGEA KITX25	UNIDAD	1
137	PRUEBA RAPIDA DE EMBARAZO HCG X 40	UNIDAD	1
138	PRUEBA RAPIDA DE HEPATITIS B-CJA X 30	UNIDAD	1
139	PRUEBA RAPIDA SYPHILIS	UNIDAD	1
140	PRUEBA RAPIDA VHC HEPATITIS C CASSET CAJA X 30	UNIDAD	1
141	SEDA SIVA C/P T/6R LEUKOPLAST 2 X10YDS MISMO CORTE	UNIDAD	1
142	SOLUCION EA X 1000ML	UNIDAD	1
143	SOLUCION HEMATOXILIN X 1000ML	UNIDAD	1
144	SOLUCION ORANG X 1000ML	UNIDAD	1
145	SONDA FOLEY # 10 2 VIAS	UNIDAD	1
146	SONDA FOLEY # 12 2 VIAS	UNIDAD	1
147	SONDA FOLEY # 14 2 VIAS	UNIDAD	1
148	SONDA FOLEY # 16 2 VIAS	UNIDAD	1
149	SONDA FOLEY # 18 2 VIAS	UNIDAD	1
150	SONDA FOLEY # 20 2 VIAS	UNIDAD	1
151	SONDA FOLEY # 6 2 VIAS	UNIDAD	1
152	SONDA FOLEY # 8 2 VIAS	UNIDAD	1
153	SONDA NASOGASTRICA # 10	UNIDAD	1
154	SONDA NASOGASTRICA # 14	UNIDAD	1
155	SONDA NASOGASTRICA # 16	UNIDAD	1
156	SONDA NASOGASTRICA # 6	UNIDAD	1
157	SONDA NASOGASTRICA #8	UNIDAD	1
158	SONDA NASOGASTRICA N°20	UNIDAD	1
159	SONDA NASOGASTRICA N°12	UNIDAD	1
160	SONDA NASOGASTRICA N°18	UNIDAD	1
161	SONDA NELATON # 10	UNIDAD	1
162	SONDA NELATON # 12	UNIDAD	1
163	SONDA NELATON # 14	UNIDAD	1
164	SONDA NELATON # 16	UNIDAD	1
165	SONDA NELATON # 18	UNIDAD	1
166	SONDA NELATON # 20	UNIDAD	1.

167	SONDA NELATON # 6	UNIDAD	1
168	SONDA NELATON # 8	UNIDAD	1
169	TAPON HEPARENIZADO	UNIDAD	1
170	TERMOMETRO DIGITAL	UNIDAD	1
171	TIRA REACTIVA DE GLUCOMETRO CX100 UND	UNIDAD	1
172	TORNIQUETE PARA VENOPUNCION REUSABLE DE COLORES	UNIDAD	1
173	TORNIQUETE PEDIATRICO	UNIDAD	1
174	TUBO CONICO FALCON X 50ML	UNIDAD	1
175	TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5	UNIDAD	1
176	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 4.5	UNIDAD	1
177	TUBO ENDOTRAQUIAL # 2.0	UNIDAD	1
178	TUBO ENDOTRAQUIAL # 2.5	UNIDAD	1
179	TUBO ENDOTRAQUIAL # 3.0	UNIDAD	1
180	TUBO ENDOTRAQUIAL # 3.5	UNIDAD	1
181	TUBO ENDOTRAQUIAL # 4.0	UNIDAD	1
182	TUBO ENDOTRAQUIAL # 5.0	UNIDAD	1
183	TUBO ENDOTRAQUIAL # 5.5	UNIDAD	1
184	TUBO ENDOTRAQUIAL # 6.0	UNIDAD	1
185	TUBO ENDOTRAQUIAL # 7.0	UNIDAD	1
186	TUBO ENDOTRAQUIAL # 7.5	UNIDAD	1
187	TUBO ENDOTRAQUIAL # 8.0	UNIDAD	1
188	TUBO ENDOTRAQUIAL 8.5	UNIDAD	1
189	VASO GUARDIAN 1.5 LTS	UNIDAD	1
190	VASO GUARDIAN 2.9 LTS	UNIDAD	1
191	VENDA DE ALGODON 5 X 5	UNIDAD	1
192	VENDA DE GASA 5 X 5	UNIDAD	1
193	VENDA DE YESO 5X5	UNIDAD	1
194	VENDA ELASTICAS 5X5	UNIDAD	1
195	VENDA TRIANGULAR 75X75CMX110CM VENDATEX	UNIDAD	1
196	VICRYL PLUS 2/0 SH X70CMS REF.VCP317H CX36	UNIDAD	1

Así mismo el Proponente escogido se deberá comprometer a: **1.-** Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos, con las características descritas en el proceso contractual y la cotización presentada por el contratista. **2.-** Tomar las pólizas que sean requeridas para el cumplimiento del contrato. **3.-** Entregar los medicamentos y dispositivos médicos objeto del contrato en el Almacén de la E.S.E. VIDASINÚ. **4.-** Entregar los medicamentos y dispositivos médicos que cumplan con las normas sanitarias, contar con registro de INVIMA y dando cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura y que tengan una fecha de vencimiento no inferior a dos (2) años. **5.-** Presentar las facturas para su pago. **6.-** Entregar los medicamentos y dispositivos médicos en el plazo pactado. **7.-** Garantizar en forma oportuna el cumplimiento del objeto del presente contrato. **8.-** Cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales. **9.-** El contratista será civilmente responsable ante terceros por todos los daños y perjuicios que puedan causarse siempre que se demuestre que los bienes suministrados eran de mala calidad. **10.-** El Contratista se compromete a que caso de fuerza mayor o por solicitud de la entidad que genere o conlleve la entrega de medicamentos y dispositivos médicos diferentes al contratado por la entidad, se reunirá con el supervisor del Contrato a fin de soportar técnicamente el cambio correspondiente, con el fin de adelantar el trámite contractual que corresponda. **11.-** El contratista se compromete a pagar las +



sanciones contractuales que imponga la institución por concepto de incumplimiento parcial o total del contrato. **12.-** Cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

4.- PRESUPUESTO ESTIMADO.

El valor estimado de las actividades es la suma de **QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. (\$599.997.544,00)** a monto agotable.

El valor del presupuesto oficial de esta contratación se ha proyectado teniendo en cuenta los artículos, cantidades requeridas y el menor precio de los valores de las cotizaciones realizadas, según las condiciones comerciales, variables de mercado y condiciones físicas para la ejecución de las obligaciones que se requieren de la cual se estructuró el siguiente presupuesto oficial:

Nº	DESCRIPCIÓN-MEDICAMENTOS	UNIDAD MEDIDA	CANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ABACAVIR 20MG FCO X 240ML SOL. ORAL (ABACAR)	FRASCO	1	\$ 85.650	\$ 85.650
2	ACETAMINOFEN DE 150 MG - JARABE FCO X 60	FRASCO	1	\$ 1.507	\$ 1.507
3	ACETAMINOFEN DE 500 MG - TAB.CAJ X 100	TABLETA	1	\$ 58	\$ 58
4	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG TAB-CAJ X 900-B30	TABLETA	1	\$ 39	\$ 39
5	ACIDO TRANEXANICO 500MG/5ML CX 5 AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 8.050	\$ 8.050
6	ADENOSINA 6 MG/2ML AMP	AMPOLLA	1	\$ 27.300	\$ 27.300
7	ADRENALINA DE 1 MG X 1ML CX25 AMP	AMPOLLA	1	\$ 3.420	\$ 3.420
8	AGUA ESTERIL 500ML INYECCION CAJ X 40	INYECCION	1	\$ 3.900	\$ 3.900
9	ALCAINE - GOTAS MICAS 15ML	FRASCO-GOTAS	1	\$ 72.000	\$ 72.000
10	ALCOHOL ANTISEPTICO 70% FCO X 3800 ML	FRASCO	1	\$ 41.130	\$ 41.130
11	ALCOHOL ANTISEPTICO FRASCO X 750 ML	FRASCO	1	\$ 10.650	\$ 10.650
12	ALCOHOL ETANOL AL AL 96% GALON	FRASCO	1	\$ 88.000	\$ 88.000
13	ALFAMETILDOPA 250MG TABLETAS	TABLETA	1	\$ 430	\$ 430
14	ALPRAZOLAM 0.25MG CX30 TAB (CONTROLADO)	TABLETA	1	\$ 120	\$ 120
15	ALPRAZOLAM 0.5MG TAB. XANAX	TABLETA	1	\$ 114	\$ 114
16	AMIKACINA 500MG/2ML INY-CJA X 10	INYECCION	1	\$ 2.932	\$ 2.932
17	AMINOFILINA 240MG INYECCION	INYECCION	1	\$ 13.089	\$ 13.089
18	AMIODARONA DE 150 MG - INYECCION	INYECCION	1	\$ 4.531	\$ 4.531
19	AMPICILINA + SULBACTAM 1,5 GR CX50 VIAL (AMPIDELT)	AMPOLLA	1	\$ 3.500	\$ 3.500

20	AMPICILINA DE 1 GR CX50 VIAL	AMPOLLA	1	\$ 2.520	\$ 2.520
21	ATAZANAVIR 300 MG CAP CNPMDM CJA X 30	CAPSULA	1	\$ 1.911	\$ 1.911
22	ATORVASTATINA 40MG TAB CJA X 500-B10	TABLETA	1	\$ 100	\$ 100
23	ATROPINA SULFATO 1 MG /1ML CX100 AMP (ATROPISA)	AMPOLLA	1	\$ 1.100	\$ 1.100
24	AZITROMICINA 200MG SUSP/5ML POLVO SUP VMR-FCO X 15	FRASCO	1	\$ 10.398	\$ 10.398
25	AZITROMICINA 500MG TAB VMR CJA X 3-B3	TABLETA	1	\$ 750	\$ 750
26	BECLOMETASONA 250 INHALADOR BUCAL FCO X 200 (biosyntec)	FRASCO	1	\$ 13.500	\$ 13.500
27	BECLOMETASONA 50 INHALADOR BUCAL FCO X 200 DOSIS CHALVER	FRASCO	1	\$ 14.583	\$ 14.583
28	BERODUAL SOLUCION PARA INHALAR FCO POR 20ML	FRASCO	1	\$ 29.980	\$ 29.980
29	BETAMETASONA DE 4 MG/ML - INYECCION CJA X 100	INYECCION	1	\$ 603	\$ 603
30	BETAMETASONA DE 8 MG/2ML - INYECCION CJA X 100	INYECCION	1	\$ 880	\$ 880
31	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG CX20TAB.(MYORITMO)	TABLETA	1	\$ 855	\$ 855
32	BETAMETILDIGOXINA 2MG/2ML CX5 AMP.(MYORITMO)	AMPOLLA	1	\$ 6.200	\$ 6.200
33	BICARBONATO DE SODIO 10MGE/10ML INY	INYECCION	1	\$ 3.480	\$ 3.480
34	BIPERIDENO 2MG TABLETA	TABLETA	1	\$ 520	\$ 520
35	BIPERIDENO 5MG INY	INYECCION	1	\$ 11.759	\$ 11.759
36	BROMURO DE IPATROPIO 0.25MG SOL INH FCO X20ML (ATROVENT)	FRASCO	1	\$ 24.420	\$ 24.420
37	BROMURO DE IPRATROPIO INH 200 DOSIS 20MCG /DOSIS/MCG	FRASCO	1	\$ 13.110	\$ 13.110
38	BROMURO DE VECURONIO 10 MG CX10 VIAL	AMPOLLA	1	\$ 32.100	\$ 32.100
39	CABERGOLINA	TABLETA	1	\$ 16.077	\$ 16.077
40	CAPTOPRIL 50 MG TAB-CJA X 100 B20	TABLETA	1	\$ 80	\$ 80
41	CAPTOPRIL DE 25 MG - TAB.CAJ X 30 -B10	TABLETA	1	\$ 80	\$ 80
42	CEFALOTINA 1GR INY -CJA X 10	INYECCION	1	\$ 2.877	\$ 2.877
43	CEFRADINA DE 1 GRM - CAJA X 10 INYECCION	INYECCION	1	\$ 4.272	\$ 4.272
44	CEFTRIAZONA DE 1 GR CAJA X 10	AMPOLLA	1	\$ 2.670	\$ 2.670
45	CIPROFLOXACINA 100 MG/10ML - INYECCION CAJA X 10	FRASCO	1	\$ 2.583	\$ 2.583
46	CLINDAMICINA DE 600 MG /4ML CX100AMP	AMPOLLA	1	\$ 3.360	\$ 3.360
47	CLONIDINA 0.150 MG TAB	TABLETA	1	\$ 150	\$ 150
48	CLOPIDOGREL 75 MG - TAB CNPMDM-CJA X30-B10	TABLETA	1	\$ 139	\$ 139

49	CLOROQUINA 250MG TAB	TABLETA	1	\$ 256	\$ 256
50	CLORURO DE POTASIO 14,9%/10ML AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 1.356	\$ 1.356
51	CLORURO DE SODIO 0.9% 100ML -INY	INYECCION	1	\$ 2.230	\$ 2.230
52	CLORURO DE SODIO 0.9% 100ML INY - FRASCO - CJA X 84	INYECCION	1	\$ 4.271	\$ 4.271
53	CLORURO DE SODIO 0.9% 100ML -INY CJAX 100	INYECCION	1	\$ 2.700	\$ 2.700
54	CLORURO DE SODIO 0.9% 250ML INY - FRASCO - CJA X 64	FRASCO	1	\$ 5.340	\$ 5.340
55	CLORURO DE SODIO 0.9% 500ML INY	INYECCION	1	\$ 2.938	\$ 2.938
56	CLORURO DE SODIO 0.9% 500ML INY - FRASCO - CJA X 35	FRASCO	1	\$ 4.755	\$ 4.755
57	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 ML-INY CJA X 56	INYECCION	1	\$ 3.540	\$ 3.540
58	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 ML-INY CJA X 90	INYECCION	1	\$ 2.690	\$ 2.690
59	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML-INY CJA X 40	INYECCION	1	\$ 3.365	\$ 3.365
60	CLORURO DE SODIO 11% / 10ML AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 1.067	\$ 1.067
61	DARUNAVIR 800MG TAB CNPMDM FCO X 30	TABLETA	1	\$ 7.398	\$ 7.398
62	DEPOTRIN AMPOLLA 150MG/3ML	AMPOLLA	1	\$ 10.460	\$ 10.460
63	DEXAMETASONA DE 4 MG/1ML CX100 AMP	AMPOLLA	1	\$ 750	\$ 750
64	DEXAMETASONA DE 8 MG/2ML CX100 AMP	AMPOLLA	1	\$ 950	\$ 950
65	DEXTROSA 50% AD 500ML INY - CJA X 36	INYECCION	1	\$ 8.376	\$ 8.376
66	DEXTROSA AL 10% AD 500ML INY CAJA X 40 BOLSA	INYECCION	1	\$ 3.322	\$ 3.322
67	DEXTROSA AL 5% AD 500ML INY-CJA X 40	INYECCION	1	\$ 3.187	\$ 3.187
68	DEXTROSA AL 50% AD 500ML INYECCION CJA X 40	INYECCION	1	\$ 15.747	\$ 15.747
69	DIAZEPAM 10MG/2ML CX100 AMP(CONTROLADO)	AMPOLLA	1	\$ 8.220	\$ 8.220
70	DICLOFENACO DE 75 MG/3ML CX100 AMP	AMPOLLA	1	\$ 900	\$ 900
71	DIMENHIDRINATO 50MG CX600TABLETA(PASEDOL)	TABLETA	1	\$ 120	\$ 120
72	DINITRATO DE ISOSORBIDE DE 5 MG CX20- TAB(ISOCOCORD)	TABLETA	1	\$ 2.050	\$ 2.050
73	DIPIRONA + 2,5MG+HIOSCINA 20MG/5ML CX100 AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 3.500	\$ 3.500
74	DIPIRONA DE 1 GRM/ 2 ML - CX100 AMP	AMPOLLA	1	\$ 980	\$ 980
75	DIPIRONA DE 2,5 GRM/ 5 ML AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 3.500	\$ 3.500
76	DOBUTAMINA 250MG/5ML	AMPOLLA	1	\$ 7.890	\$ 7.890
77	DOLUTEGRAVIR 50MG CX30 TAB (TIVICAY®)(R)	TABLETA	1	\$ 1.024.530	\$ 1.024.530
78	DOPAMINA 200MG/5ML CX100 AMP	AMPOLLA	1	\$ 2.490	\$ 2.490



79	EMTRICITABINA+TENOFIVIR 200MG+300MGFCOX30TB	FRASCO	1	\$ 51.340	\$ 51.340
80	ENOXAPARINA 40MG INY JERINGA PRESELLADA	INYECCION	1	\$ 13.050	\$ 13.050
81	ENOXAPARINA 60MG INY JERINGA PRESELLADA	INYECCION	1	\$ 19.590	\$ 19.590
82	ENOXAPARINA 80MG INY JERINGA PRE SELLADA	INYECCION	1	\$ 26.110	\$ 26.110
83	ERITROMICINA 500 MG - TABLETA-CJA X 50 B10	TABLETA	1	\$ 569	\$ 569
84	FENITOINA SODICA 250MG/5ML CX5 AMP (BLASK®)	AMPOLLA	1	\$ 3.420	\$ 3.420
85	FENTANILO 0.5MG/10ML CX20 AMP (CONTROLADO)	AMPOLLA	1	\$ 8.100	\$ 8.100
86	FITOMENADIONA 10MG/1ML - INYECCION	INYECCION	1	\$ 2.980	\$ 2.980
87	FUROSEMIDA DE 40 MG INY	INYECCION	1	\$ 699	\$ 699
88	FUROSEMIDA DE 40 MG TAB	TABLETA	1	\$ 91	\$ 91
89	GEOFUSINE ISO 4% 500ML CX10	FRASCO	1	\$ 55.930	\$ 55.930
90	GENTAMICINA 3MG /ML GTA OFT FCO X 6	FRASCO	1	\$ 3.973	\$ 3.973
91	GENTAMICINA 40MG/ML INYCJA X 10	INYECCION	1	\$ 1.613	\$ 1.613
92	GENTAMICINA 80MG/2ML INY CJA X 10	INYECCION	1	\$ 822	\$ 822
93	GLUCONATO DE CALCIO 10%INY	INYECCION	1	\$ 2.150	\$ 2.150
94	HALOPERIDOL DE 5 MG - INYECCION	INYECCION	1	\$ 4.830	\$ 4.830
95	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML CX25 VIAL (HEPAMAX- S®)	AMPOLLA	1	\$ 34.300	\$ 34.300
96	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TAB	TABLETA	1	\$ 53	\$ 53
97	HIDROCORTISONA 100MG/2ML CX100 VIAL(SUMICORT®)	AMPOLLA	1	\$ 5.300	\$ 5.300
98	HIDROXICINA 100MG/2ML CX5 AMP (CLEMASKOV®)	AMPOLLA	1	\$ 4.500	\$ 4.500
99	HIDROXIDO DE ALUMINIO+MAG+SIMETICONA SUSP FCX360ML	FRASCO	1	\$ 10.860	\$ 10.860
100	HIOSCINA 20MG/1ML CX10 AMP	AMPOLLA	1	\$ 2.425	\$ 2.425
101	IBUPROFENO 600MG TAB	TABLETA	1	\$ 267	\$ 267
102	IMPLANTE SUBDERMICO LEVONOGENTREL 75 MGJADELLE	BAYER	1	\$ 309.000	\$ 309.000
103	IMPLANTE SUBDERMICO ETONOGESTREL 68 MG IMPLANON	ORGANON	1	\$ 219.100	\$ 219.100
104	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTID INY	INYECCION	1	\$ 200.800	\$ 200.800
105	INSULINA CRISTALINA R 100MG	INYECCION	1	\$ 15.250	\$ 15.250
106	INSULINA HUMANA NPH 100MG	INYECCION	1	\$ 13.665	\$ 13.665
107	IVERMECTINA 0.6% 6ML (SIMPIOX)	FRASCO-GOTAS	1	\$ 13.399	\$ 13.399

108	JABON QUIRUCIDAL (CLORHEXIDINA) FCO X 60ML	FRASCO	1	\$ 7.444	\$ 7.444
109	JABON QUIRUCIDAL (CLORHEXIDINA) GALON X 3.750CC	FRASCO	1	\$ 199.300	\$ 199.300
110	LABELALOL AMPOLLA 100 MG /20ML INY	AMPOLLA	1	\$ 19.860	\$ 19.860
111	LACTATO DE RINGER - DE 500 ML -INY CJA X 40	INYECCION	1	\$ 3.430	\$ 3.430
112	LACTATO DE RINGER 500ML INY - FRASCO - CJA X 35	INYECCION	1	\$ 6.610	\$ 6.610
113	LAMIVUDINA 10MG/ML SOL. ORAL FCO X 240	FRASCO	1	\$ 16.439	\$ 16.439
114	LAMIVUDINA 150MG TABLETA-CAJ X 60	TABLETA	1	\$ 1.440	\$ 1.440
115	LECHES MATERNIZADAS	ALIMENTO	1	\$ 9.420	\$ 9.420
116	LEVONORGESTREL 0,75MG TAB CNPMDM-CJA X 2 (EVINET) -B2PASTILLAS	TABLETA	1	\$ 3.910	\$ 3.910
117	LIDOCAINA 10% SPRAY FCOX80C (ROXICAINA)	FRASCO	1	\$ 100.000	\$ 100.000
118	LIDOCAINA 2% S/E FCOX50ML AMP(PISACAINA)	AMPOLLA	1	\$ 16.324	\$ 16.324
119	LIDOCINA JALE 2G/100ML(2%)TUBOX30ML TOPICA	TUBOX30ML	1	\$ 15.640	\$ 15.640
120	LOPERAMIDA 2MG CX240 TAB	TABLETA	1	\$ 278	\$ 278
121	MELOXICAM 15MG CX3 AMP	AMPOLLA	1	\$ 4.000	\$ 4.000
122	METILERGOMETRINA 2MG/1ML CX10 AMP METHERGIN	AMPOLLA	1	\$ 1.546	\$ 1.546
123	METILPREDNISOLONA 500MG (R) CX10 VIAL	AMPOLLA	1	\$ 25.213	\$ 25.213
124	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML CX100 AMP	AMPOLLA	1	\$ 600	\$ 600
125	METOPROLOL 100MG TAB	TABLETA	1	\$ 255	\$ 255
126	METOPROLOL 1MG/5ML AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 20.070	\$ 20.070
127	METOPROLOL DE 50 MG TAB.	TABLETA	1	\$ 68	\$ 68
128	METRONIDAZOL 500MG OVU-CJA X 200	OVULO	1	\$ 380	\$ 380
129	METRONIDAZOL DE 250MG/5ML SUS-FCO X 120	FRASCO	1	\$ 4.780	\$ 4.780
130	METRONIDAZOL DE 500MG TAB-CJA X 500-B10	TABLETA	1	\$ 117	\$ 117
131	MIDAZOLAM 15MG/3ML CX10 AMP (CONTROLADO)	AMPOLLA	1	\$ 5.736	\$ 5.736
132	MIDAZOLAM 5MG/5ML CX10 AMP (MIZOLAM®)(CONTROLADO)	AMPOLLA	1	\$ 8.385	\$ 8.385
133	MISOPROSTOL 200MG CX28 TAB (CYTIL®)	TABLETA	1	\$ 3.560	\$ 3.560
134	N ACETILCISTEINA 200MG	GRANULOS	1	\$ 550	\$ 550
135	NALOXONA CLORHIDRATO 0.4MG/ML CX10 AMP (NALOXIV®)	AMPOLLA	1	\$ 40.200	\$ 40.200
136	NEVIRAPINA 200MG TAB CNPMDM - CJA X 100	TABLETA	1	\$ 332	\$ 332
137	NEVIRAPINA 50MG/5ML SOL FCOX240ML	FRASCO	1	\$ 1.965	\$ 1.965

138	NIFEDIPINO DE 30 MG TABLETA	TABLETA	1	\$ 2.050	\$ 2.050
139	NITROFUZAZONA 0.2% FCOX500 GR POMADA(CUYDERM®)	POTE	1	\$ 67.660	\$ 67.660
140	NITROFUZAZONA 0.2% TUBOX40 GR POMADA	TUBO	1	\$ 9.749	\$ 9.749
141	NITROGLICERINA 50MG/10ML CX25 AMP	AMPOLLA	1	\$ 28.200	\$ 28.200
142	NORADRENALINA 4MG INY	INYECCION	1	\$ 9.341	\$ 9.341
143	OMEPRAZOL 40MG CX10 VIAL (K-DELPRAZOL®)	AMPOLLA	1	\$ 4.950	\$ 4.950
144	ONDANSETRON 8 MG/4ML CX5 AURODANZ	AMPOLLA	1	\$ 2.387	\$ 2.387
145	OSELTAMIVIR 75MG TAB	TABLETA	1	\$ 5.957	\$ 5.957
146	OXACILINA DE 1 GRM POL /REC	FRASCO	1	\$ 1.957	\$ 1.957
147	OXIMETAZOLINA 0,25 SOLU NASAL	FRASCO	1	\$ 5.718	\$ 5.718
148	OXIMETAZOLINA 0,50 SOLU NASAL	FRASCO	1	\$ 5.718	\$ 5.718
149	OXITOCINA 10UI/ML SOL INYTECTABLE	AMPOLLA	1	\$ 3.014	\$ 3.014
150	PENICILINA G BENZATINICA 1 2UI -INY-CJA X 10	INYECCION	1	\$ 1.630	\$ 1.630
151	PENICILINA G BENZATINICA 2 4UI -INY-CJA X 10	INYECCION	1	\$ 2.870	\$ 2.870
152	PENICILINA G SODICA 1 CRIS IU INY-CJA X 10	INYECCION	1	\$ 1.987	\$ 1.987
153	PENICILINA POTASICA 250MG/ 5ML	POLVO DE RECONSTITUIR	1	\$ 28.410	\$ 28.410
154	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 405 GR POLVO PARA INYECCION	INYECCION	1	\$ 17.180	\$ 17.180
155	POVIDONA IODADA 5%	SOLUCION OFTALMICA	1	\$ 310.425	\$ 310.425
156	PREDNISOLONA 5MG CX300 TAB	TABLETA	1	\$ 58	\$ 58
157	RALTEGRAVIR 100MG FCOX60 TAB (R)(ISENTRESS®)	FRASCO	1	\$ 475.600	\$ 475.600
158	RALTEGRAVIR 100MG GRANULOS PARA SUSPENSION ORAL- CAJA X60 SOBRES	SOBRE	1	\$ 475.600	\$ 475.600
159	RALTEGRAVIR 400MG FCOX60 TAB (R)(ISENTRESS®)	FRASCO	1	\$ 1.820.000	\$ 1.820.000
160	RISPERIDONA 1MG TAB	TABLETA	1	\$ 244	\$ 244
161	SALBUTAMOL 5MG/ML SOL. NEB. FCOX10ML (VENTILAN®)	FRASCO	1	\$ 25.420	\$ 25.420
162	SALBUTAMOL INH 200 DOSIS 100MCG/DOSIS (SALBUMED®)	FRASCO	1	\$ 8.200	\$ 8.200
163	SALES DE REHIDRATAACION ORAL - SOBRE-CJA X 30	SOBRE	1	\$ 890	\$ 890
164	SERTRALINA 50 MG	TABLETA	1	\$ 140	\$ 140
165	SUCCINICOLINA 1G/10ML CX1 AMPOLLA	AMPOLLA	1	\$ 37.650	\$ 37.650
166	SUCRALFATO 1GR CX250 TAB(ALSUCRAL®)	TABLETA	1	\$ 476	\$ 476
167	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	FRASCO	1	\$ 321.630	\$ 321.630

168	SUERO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA X 50ML CX12	BOLSA	1	\$ 2.483	\$ 2.483
169	SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA	CREMA	1	\$ 17.255	\$ 17.255
170	SULFATO DE ZINC SOLUCION ORAL FRASCO	FRASCO	1	\$ 24.800	\$ 24.800
171	SULFATO MAGNESIO 20% INY	INYECCION	1	\$ 2.720	\$ 2.720
172	TRAMADOL DE 100 MG /2ML - INYECCION	INYECCION	1	\$ 1.000	\$ 1.000
173	TRAMADOL DE 50 MG /1ML - INYECCION	INYECCION	1	\$ 1.000	\$ 1.000
174	TRAZODONA 50MG TAB	TABLETA	1	\$ 860	\$ 860
175	TRIMETROPIN + SULFAMETOXAZOL 160MG/800MG/3ML INY	INYECCION	1	\$ 11.500	\$ 11.500
176	VALCOTE 500MG CX30 TAB DIVALPROATO SODICO	TABLETA	1	\$ 2.420	\$ 2.420
177	VALSARTAM 160MG TAB	TABLETA	1	\$ 2.392	\$ 2.392
178	VALSARTAM 80MG TAB	TABLETA	1	\$ 760	\$ 760
179	VANCOMICINA 1000 MG POLVO PARA INYECCION	INYECCION	1	\$ 21.900	\$ 21.900
180	VITAMINA A 50.000UI CAP - CJA X 300 - B10	CAPSULA	1	\$ 110	\$ 110
181	VITAMINA A 50.000UI CAP BLANDA - CJA X 50 - B10 (RETIBLAN)	CAPSULA	1	\$ 650	\$ 650
182	VITAMINA C +ZINC NARANJA 500 MG	TABLETA	1	\$ 578	\$ 578
183	VITAMINA D3 1000UI TAB	TABLETA	1	\$ 1.500	\$ 1.500
184	YODOPOVIDONA ESPUMA FCO X 60 ML	FRASCO	1	\$ 9.580	\$ 9.580
185	YODOPOVIDONA ESPUMA GALON 3.5 L	GALON	1	\$ 95.850	\$ 95.850
186	YODOPOVIDONA SOLUCION FCO X 60 ML	FRASCO	1	\$ 9.580	\$ 9.580
187	YODOPOVIDONA SOLUCION GALON 3.5 L	GALON	1	\$ 95.850	\$ 95.850
188	ZIDOVIDINA 10MG/ML AMP - CJA X 5	AMPOLLA	1	\$ 102.430	\$ 102.430
189	ZIDOVIDINA 10MG/ML SOL - FCO X 240	FRASCO	1	\$ 15.750	\$ 15.750
190	ZIDOVIDINA 300MG TAB.	TABLETA	1	\$ 658	\$ 658
DISPOSITIVOS MEDICOS					
1	DIU-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 6.781	\$ 6.781
2	ADAPTADOR DE OXIGENO - UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 1.470	\$ 1.470
3	AGUJA HIPODERMICA No 18G X 1 1/2 CX100	UNIDAD	1	\$ 167	\$ 167
4	AGUJA HIPODERMICA No 20G X 1 1/2 CX100	UNIDAD	1	\$ 167	\$ 167
5	ALGODON EN POMOS X 500G	UNIDAD	1	\$ 26.635	\$ 26.635
6	ALGODON LAMINADO ROLLO	UNIDAD	1	\$ 28.500	\$ 28.500
7	AMBU DESECHABLE ADULTO -HUMAN LIFE CARE	UNIDAD	1	\$ 158.496	\$ 158.496
8	AMBU DESECHABLE NEONATAL (RESUCITADOR)	UNIDAD	1	\$ 104.570	\$ 104.570
9	AMBU DESECHABLE PEDIATRICO (RESUCITADOR)	UNIDAD	1	\$ 530.087	\$ 530.087
10	APLICADOR DE MADERA CON ALGODON BOLSA X 100	UNIDAD	1	\$ 71	\$ 71

11	ASPIRADOR UTERINO#2 PROIB. REPRO	UNIDAD	1	\$ 434.645	\$ 434.645
12	BAJALENGUAS PQTEX100 UND	UNIDAD	1	\$ 129	\$ 129
13	BALÓN HIDROSTÁTICO BAKRI	UNIDAD	1	\$ 873.177	\$ 873.177
14	BOLSA ORINA 2000 ML CX40	UNIDAD	1	\$ 10.710	\$ 10.710
15	BRAZALETE IDENTIFICACION NIÑA ROSADO-CJA X 100	UNIDAD	1	\$ 401	\$ 401
16	BRAZALETE IDENTIFICACION NIÑO AZUL-CJA X 100	UNIDAD	1	\$ 401	\$ 401
17	CANULA DE MAYO GUEDEL # 2	UNIDAD	1	\$ 1.370	\$ 1.370
18	CANULA DE MAYO GUEDEL # 4.0	UNIDAD	1	\$ 1.370	\$ 1.370
19	CANULA DE MAYO GUEDEL Nº 0	UNIDAD	1	\$ 1.370	\$ 1.370
20	CANULA DE MAYO GUEDEL Nº 1	UNIDAD	1	\$ 1.370	\$ 1.370
21	CANULA 9mm PROIB REPRO	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
22	CANULA ASPIRACION UTERINA#4mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
23	CANULA ASPIRACION UTERINA#6mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
24	CANULA DE MAYO GUEDEL # 5.0	UNIDAD	1	\$ 1.370	\$ 1.370
25	CANULA DE MAYO GUEDEL # 3	UNIDAD	1	\$ 1.370	\$ 1.370
26	CANULA NASAL OXIGENO ADULTO	UNIDAD	1	\$ 3.760	\$ 3.760
27	CANULA NASAL ALTO FLUJO	UNIDAD	1	\$ 321.300	\$ 321.300
28	CANULA NASAL OXIGENO NEONATAL	UNIDAD	1	\$ 7.220	\$ 7.220
29	CANULA NASAL OXIGENO PEDIATRICA	UNIDAD	1	\$ 7.200	\$ 7.200
30	CATETER INTRAVENOSO # 16-CJA X 50	UNIDAD	1	\$ 2.809	\$ 2.809
31	CATETER INTRAVENOSO # 18-CJA X 50	UNIDAD	1	\$ 2.809	\$ 2.809
32	CATETER INTRAVENOSO # 20-CJA X 50	UNIDAD	1	\$ 2.809	\$ 2.809
33	CATETER INTRAVENOSO # 22-CJA X 50	UNIDAD	1	\$ 2.809	\$ 2.809
34	CATETER INTRAVENOSO # 24-CJA X 50	UNIDAD	1	\$ 2.809	\$ 2.809
35	CINTA TESTIGO CONTROL ESTERIL 19X50 MT	UNIDAD	1	\$ 29.155	\$ 29.155
36	CINTA TORNASOL PARA MEDIR PH FCOX100 UND	UNIDAD	1	\$ 166.600	\$ 166.600
37	CITOFIJADOR X 150 ML	UNIDAD	1	\$ 38.900	\$ 38.900
38	CLAMP UMBILICAL-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 528	\$ 528
39	COLLAR FILADELPHIA L- UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 31.069	\$ 31.069
40	COLLAR FILADELPHIA M- UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 31.069	\$ 31.069
41	COLLAR FILADELPHIA S- UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 31.069	\$ 31.069
42	COMPRESA ESTERIL 45X45 4 CAPAS PAQX5	UNIDAD	1	\$ 11.500	\$ 11.500
43	CONDON DE LATEX LUBRICADO REDONDO CX72	UNIDAD	1	\$ 447	\$ 447
44	CONO PARA OTOSCOPIO ADULTO PAQUETE X 100	UNIDAD	1	\$ 65.938	\$ 65.938



45	CONO PARA OTOSCOPIO PEDIATRICO PAQUETE X 100	UNIDAD	1	\$ 65.938	\$ 65.938
46	CROMADO 2/O CT1 90CMS REF.923T CX24	UNIDAD	1	\$ 20.520	\$ 20.520
47	CROMADO 3/O CT1 X70CMS REF.810T CX24	UNIDAD	1	\$ 18.933	\$ 18.933
48	CROMADO 5/O RB1 X70CMS REF.U202T CX24	UNIDAD	1	\$ 19.322	\$ 19.322
49	CUCHILLA PARA BISTURI # 15	UNIDAD	1	\$ 530	\$ 530
50	CURETA FLEXIBLE #10mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
51	CURETA FLEXIBLE #5mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
52	CURETA FLEXIBLE #7mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
53	CURETE FLEXIBLE #8mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
54	CURETA RIGIDA #12mm	UNIDAD	1	\$ 102.102	\$ 102.102
55	CURITAS REDONDAS	UNIDAD	1	\$ 152	\$ 152
56	ELECTRODO ADULTO	UNIDAD	1	\$ 744	\$ 744
57	ELECTRODO PEDIATRICO	UNIDAD	1	\$ 810	\$ 810
58	ELECTRODOS O PARCHES PARA DESFIBRILADOR	UNIDAD	1	\$ 831.271	\$ 831.271
59	ENTELLAN X 100 ML	UNIDAD	1	\$ 399.900	\$ 399.900
60	EQUIPO BOMBA INTRAFIX COMPACT AIR IL	UNIDAD	1	\$ 27.845	\$ 27.845
61	EQUIPO BURETRA 150 ML	UNIDAD	1	\$ 3.560	\$ 3.560
62	EQUIPO DE MACROGOTEO FOTOSCENCIBLE	UNIDAD	1	\$ 62.510	\$ 62.510
63	EQUIPO PERICRANEAL 23GX 3/4	UNIDAD	1	\$ 975	\$ 975
64	EQUIPO VENOCISIS MICROGOTEO	UNIDAD	1	\$ 1.953	\$ 1.953
65	ESPECULO VAGINAL TALLA L	UNIDAD	1	\$ 2.570	\$ 2.570
66	ESPECULO VAGINAL TALLA M	UNIDAD	1	\$ 1.302	\$ 1.302
67	ESPECULO VAGINAL TALLA S	UNIDAD	1	\$ 1.382	\$ 1.382
68	FERULA DE ZIMMER-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 10.500	\$ 10.500
69	FRASCO PARA BASCIOSCOPIA	UNIDAD	1	\$ 1.904	\$ 1.904
70	FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	UNIDAD	1	\$ 655	\$ 655
71	GASA ESTERIL 10X10	UNIDAD	1	\$ 983	\$ 983
72	GASA ROLLO 100 YARDAS(25 HILOS)	UNIDAD	1	\$ 105.600	\$ 105.600
73	GEL ANTIBACTERIAL FCO X 1000	UNIDAD	1	\$ 18.480	\$ 18.480
74	GEL CONDUCTOR 3.8 ML GAGAL X 3,8 LT	UNIDAD	1	\$ 28.370	\$ 28.370
75	GEL CONDUCTOR FRASCO 250	UNIDAD	1	\$ 5.190	\$ 5.190
76	GUANTES ESTERIL 6.5	UNIDAD	1	\$ 2.359	\$ 2.359
77	GUANTES ESTERIL 7.5	UNIDAD	1	\$ 2.359	\$ 2.359
78	GUIA O ESTL.ENTUB. 10PED-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 6.284	\$ 6.284
79	GUIA O ESTL.ENTUB. 14 ADULTO -UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 6.284	\$ 6.284
80	HISOPO OROFARINGEO	UNIDAD	1	\$ 2.642	\$ 2.642
81	HUMIDIFICADOR VASO UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 8.150	\$ 8.150
82	HUMIDIFICADOR VENTURY UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 19.584	\$ 19.584
83	INCENTIVO RESPIRATORIO DE TRES BALONES	UNIDAD	1	\$ 19.040	\$ 19.040
84	INHALO CAMARA ADULTO-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 5.700	\$ 5.700

85	INHALO CAMARA PEDIATRICO UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 5.700	\$ 5.700
86	JERINGA 2ML 21G X 11/2 CX100	UNIDAD	1	\$ 417	\$ 417
87	JERINGA 5ML 21G X 11/2 CX100 UND(3 PARTES)	UNIDAD	1	\$ 346	\$ 346
88	JERINGA DESECHABLE 1ML 27GX 1/2	UNIDAD	1	\$ 235	\$ 235
89	JERINGA DESECHABLE 20ML 21GX 11/2-CJA X 50	UNIDAD	1	\$ 489	\$ 489
90	JERINGA DESECHABLE 60 ML PUNTA CATETER-CJA X 25	UNIDAD	1	\$ 1.467	\$ 1.467
91	JERINGA DESECHABLE 2ML 23G X 1-CJA X 100	UNIDAD	1	\$ 253	\$ 253
92	JERINGA DESECHABLE 50ML 21G X 1-1/2-CJA X 30	UNIDAD	1	\$ 1.385	\$ 1.385
93	JERINGAS de 10ml	UNIDAD	1	\$ 479	\$ 479
94	KIT CITOLOGICO CON LAMINILLA ESMERILADO (P-UNIDAD) TALLA M	UNIDAD	1	\$ 2.911	\$ 2.911
95	KIT CITOLOGICO CON LAMINILLA ESMERILADO (P-UNIDAD) TALLA S	UNIDAD	1	\$ 2.911	\$ 2.911
96	LAMINAS CON PORTAOBJETOS ESMERILADO	UNIDAD	1	\$ 550	\$ 550
97	LAMINILLAS CUBRE OBJETOS 24X60	UNIDAD	1	\$ 450	\$ 450
98	LLAVE DE TRES VIAS-CJA X 100	UNIDAD	1	\$ 1.180	\$ 1.180
99	MACROGOTEO 10G SIN AGUJA BX20 CX400 UND	UNIDAD	1	\$ 2.000	\$ 2.000
100	MANGUERA PARA ASPIRADOR DE SECRESIONES	UNIDAD	1	\$ 14.780	\$ 14.780
101	MANGUERA PARA OXIGENO X30MTS-CJA X 30	UNIDAD	1	\$ 73.765	\$ 73.765
102	MASCARA DE NO REHINALACION PEDIATRICA	UNIDAD	1	\$ 18.809	\$ 18.809
103	MASCARA DE NO REINHALACION ADULTO CON RESERVORIO	UNIDAD	1	\$ 10.115	\$ 10.115
104	MASCARA LARINGEA N°2-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 34.234	\$ 34.234
105	MASCARA LARINGEA N°5-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 34.234	\$ 34.234
106	MASCARA VENTURY ADULTO-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 5.100	\$ 5.100
107	MASCARA VENTURY PEDIATRICA-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 5.100	\$ 5.100
108	MASCARILLA DE OXIGENO SIMPLE ADULTO-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 2.756	\$ 2.756
109	MASCARILLA DE OXIGENO SIMPLE PEDIATRICA-UNIDAD	UNIDAD	1	\$ 2.740	\$ 2.740
110	MEDIO DE TRANSPORTE AMIES CON CARBON ACTIVADO X100	UNIDAD	1	\$ 6.545	\$ 6.545
111	MEDIO DE TRANSPORTE CARY - BLAIR (TUBO)	UNIDAD	1	\$ 1.248.750	\$ 1.248.750
112	MEDIO DE TRANSPORTE UNIVERSAL FRASCO PLASTICO 1.5ML	UNIDAD	1	\$ 1.904	\$ 1.904

113	MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL KIDXUND. TUB. PLASTX1,5ML	UNIDAD	1	\$ 9.877	\$ 9.877
114	MICRONIBULIZADOR ADULTO	UNIDAD	1	\$ 4.050	\$ 4.050
115	MICRONIBULIZADOR PEDIATRICO	UNIDAD	1	\$ 3.900	\$ 3.900
116	MICROPORE PIEL 1 X 10 YARDAS CX12	UNIDAD	1	\$ 4.000	\$ 4.000
117	NUTRIFLO X1500ML CX40	UNIDAD	1	\$ 28.555	\$ 28.555
118	PANTALÓN ANTICHOQUE	UNIDAD	1	\$ 2.459.578	\$ 2.459.578
119	PAPEL CREPADO 50CM*100MTS AZUL	UNIDAD	1	\$ 178.500	\$ 178.500
120	PAPEL PARA ECOGRAFO UPP 110-S SONY BAJA DENSIDAD	UNIDAD	1	\$ 91.587	\$ 91.587
121	PAPEL PARA EKG 63 X 30 MTS TRES CANALES	UNIDAD	1	\$ 14.578	\$ 14.578
122	PAPEL PARA EKG 80MMX20 MTS 3 CANALES	UNIDAD	1	\$ 10.539	\$ 10.539
123	PAPEL PARA ELECTRO 50X30 CORTO REDONDO	UNIDAD	1	\$ 8.925	\$ 8.925
124	PAPEL PARA MONITOREO FETAL F3/F6/F9 152MMX90MX150	UNIDAD	1	\$ 21.424	\$ 21.424
125	PERILLA DE SUCCION	UNIDAD	1	\$ 12.261	\$ 12.261
126	PLACA RADIOGRAFICA DRY DI-HL 8X10X150HOJAS DPX7000	UNIDAD	1	\$ 575.793	\$ 575.793
127	PLACA RADIOGRAFICA DRY DI-HT 8X10X100HOJAS	UNIDAD	1	\$ 373.370	\$ 373.370
128	PROLENE 2/0 CT1 X75CMS REF.8423T CX24	UNIDAD	1	\$ 17.520	\$ 17.520
129	PROLENE 3/0 PS-1 45CMS REF.8663T CX24	UNIDAD	1	\$ 24.050	\$ 24.050
130	PROLENE 4/0 PS-2 45CMS REF.P8682T CX24	UNIDAD	1	\$ 24.050	\$ 24.050
131	PROLENE 5/0 PS-2 45CM REF.P8686T CX24	UNIDAD	1	\$ 23.400	\$ 23.400
132	PRUEBA DE VIH 1/2 -3,0 DEVICE ESTÁNDAR CASSETTE-CJA X 30	UNIDAD	1	\$ 159.450	\$ 159.450
133	PRUEBA DE VIH 1/2 -4,0 DEVICE ESTÁNDAR CASSETTE-CJA X 30	UNIDAD	1	\$ 558.680	\$ 558.680
134	PRUEBA DE VIH 1/2 -4,0 DEVICE ESTÁNDAR CASSETTE-CJA X 20	UNIDAD	1	\$ 445.124	\$ 445.124
135	PRUEBA RAPIDA ANTIGENO COVID19 NASAL KITX25	UNIDAD	1	\$ 39.050	\$ 39.050
136	PRUEBA RAPIDA ANTIGENO COVID19 NASOFARINGEA KITX25	UNIDAD	1	\$ 39.050	\$ 39.050
137	PRUEBA RAPIDA DE EMBARAZO HCG X 40	UNIDAD	1	\$ 69.760	\$ 69.760
138	PRUEBA RAPIDA DE HEPATITIS B-CJA X 30	UNIDAD	1	\$ 143.810	\$ 143.810
139	PRUEBA RAPIDA SYPHILIS	UNIDAD	1	\$ 153.400	\$ 153.400
140	PRUEBA RAPIDA VHC HEPATITIS C CASSET CAJA X 30	UNIDAD	1	\$ 189.000	\$ 189.000
141	SEDA SIVA C/P T/6R LEUKOPLAST 2 X10YDS MISMO CORTE	UNIDAD	1	\$ 132.000	\$ 132.000

142	SOLUCION EA X 1000ML	UNIDAD	1	\$ 474.810	\$ 474.810
143	SOLUCION HEMATOXILIN X 1000ML	UNIDAD	1	\$ 664.496	\$ 664.496
144	SOLUCION ORANG X 1000ML	UNIDAD	1	\$ 354.620	\$ 354.620
145	SONDA FOLEY # 10 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
146	SONDA FOLEY # 12 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
147	SONDA FOLEY # 14 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
148	SONDA FOLEY # 16 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
149	SONDA FOLEY # 18 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
150	SONDA FOLEY # 20 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
151	SONDA FOLEY # 6 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
152	SONDA FOLEY # 8 2 VIAS	UNIDAD	1	\$ 4.870	\$ 4.870
153	SONDA NASOGASTRICA # 10	UNIDAD	1	\$ 959	\$ 959
154	SONDA NASOGASTRICA # 14	UNIDAD	1	\$ 1.220	\$ 1.220
155	SONDA NASOGASTRICA # 16	UNIDAD	1	\$ 1.507	\$ 1.507
156	SONDA NASOGASTRICA # 6	UNIDAD	1	\$ 688	\$ 688
157	SONDA NASOGASTRICA #8	UNIDAD	1	\$ 702	\$ 702
158	SONDA NASOGASTRICA N°20	UNIDAD	1	\$ 1.795	\$ 1.795
159	SONDA NASOGASTRICA N°12	UNIDAD	1	\$ 1.227	\$ 1.227
160	SONDA NASOGASTRICA N°18	UNIDAD	1	\$ 1.507	\$ 1.507
161	SONDA NELATON # 10	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
162	SONDA NELATON # 12	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
163	SONDA NELATON # 14	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
164	SONDA NELATON # 16	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
165	SONDA NELATON # 18	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
166	SONDA NELATON # 20	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
167	SONDA NELATON # 6	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
168	SONDA NELATON # 8	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
169	TAPON HEPARENIZADO	UNIDAD	1	\$ 1.170	\$ 1.170
170	TERMOMETRO DIGITAL	UNIDAD	1	\$ 17.900	\$ 17.900
171	TIRA REACTIVA DE GLUCOMETRO CX100 UND	UNIDAD	1	\$ 900	\$ 900
172	TORNIQUETE PARA VENOPUNCION REUSABLE DE COLORES	UNIDAD	1	\$ 13.031	\$ 13.031
173	TORNIQUETE PEDIATRICO	UNIDAD	1	\$ 24.560	\$ 24.560
174	TUBO CONICO FALCON X 50ML	UNIDAD	1	\$ 3.061	\$ 3.061
175	TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
176	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 4.5	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
177	TUBO ENDOTRAQUIAL # 2.0	UNIDAD	1	\$ 4.890	\$ 4.890
178	TUBO ENDOTRAQUIAL # 2.5	UNIDAD	1	\$ 4.890	\$ 4.890
179	TUBO ENDOTRAQUIAL # 3.0	UNIDAD	1	\$ 4.890	\$ 4.890
180	TUBO ENDOTRAQUIAL # 3.5	UNIDAD	1	\$ 4.890	\$ 4.890
181	TUBO ENDOTRAQUIAL # 4.0	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
182	TUBO ENDOTRAQUIAL # 5.0	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
183	TUBO ENDOTRAQUIAL # 5.5	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
184	TUBO ENDOTRAQUIAL # 6.0	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
185	TUBO ENDOTRAQUIAL # 7.0	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
186	TUBO ENDOTRAQUIAL # 7.5	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
187	TUBO ENDOTRAQUIAL # 8.0	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
188	TUBO ENDOTRAQUIAL 8.5	UNIDAD	1	\$ 6.680	\$ 6.680
189	VASO GUARDIAN 1.5 LTS	UNIDAD	1	\$ 9.680	\$ 9.680
190	VASO GUARDIAN 2.9 LTS	UNIDAD	1	\$ 10.100	\$ 10.100
191	VENDA DE ALGODON 5 X 5	UNIDAD	1	\$ 2.030	\$ 2.030
192	VENDA DE GASA 5 X 5	UNIDAD	1	\$ 3.100	\$ 3.100
193	VENDA DE YESO 5X5	UNIDAD	1	\$ 6.100	\$ 6.100
194	VENDA ELASTICAS 5X5	UNIDAD	1	\$ 2.710	\$ 2.710
195	VENDA TRIANGULAR 75X75CMX110CM VENDATEX	UNIDAD	1	\$ 11.000	\$ 11.000

196	VICRYL PLUS 2/0 SH X70CMS REF.VCP317H CX36	UNIDAD	1	\$ 25.426	\$ 25.426
-----	---	--------	---	-----------	-----------

Observación: Los valores relacionados deben incluir el IVA del 19%, en caso tal de estar gravado con dicho impuesto.

Al formular la oferta, el proponente deberá aceptar que estarán a su cargo todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales, que afecten el contrato y las actividades que de él se deriven y que le correspondan.

5.- FORMA DE PAGO.

La E.S.E. VIDASINÚ pagará al contratista teniendo en cuenta los pedidos, previa presentación de la factura o cuenta de cobro.

Para el pago se requerirá: a) Entradas a Almacén de la E.S.E. VIDASINÚ. b) Planillas pago de seguridad social y/o certificado de aportes a seguridades social y parafiscales suscrito por el revisor fiscal o contador. c) Informe o certificado de supervisión.

La E.S.E. VIDASINÚ pagará al contratista la respectiva factura o cuenta de cobro dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición del informe de supervisión donde conste el recibo a satisfacción de todos los medicamentos y dispositivos médicos.

6.- DURACIÓN DEL CONTRATO.

El contrato tendrá un plazo aproximado de dos (2) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

7.- ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RIESGOS PREVISIBLES QUE PUEDAN AFECTAR EL EQUILIBRIO ECONÓMICO DEL CONTRATO.

En atención a que el suministro requerido se prestara en una entidad que desarrolla servicio de salud que trae inmerso el ejercicio de lo que se considera una actividad peligrosa como la práctica de la medicina, además de que se trata de un suministro vital para el cumplimiento de los fines esenciales de la Empresa, se estiman, tipifican y asignan como riesgos los siguientes:

Riesgo Soberano: Cambios normativos o regulatorios para el suministro que puedan afectar el equilibrio económico del contrato	E.S.E. VIDASINÚ / CONTRATISTA	Realización de los ajustes que sean requeridos en el contrato. 50% E.S.E. VIDASINÚ y 50% CONTRATISTA
Suministro de los de los medicamentos y dispositivos médicos, sin cumplir con las especificaciones normativas establecidas la legislación vigente	CONTRATISTA	Póliza de cumplimiento general del contrato: Por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato y por un término igual al de la ejecución del mismo y cuatro meses más. 100% CONTRATISTA
No suministro de los medicamentos y dispositivos	CONTRATISTA	Póliza de cumplimiento general del contrato: Por un valor equivalente

médicos: Se presenta cuando el contratista no suministra de acuerdo con la oferta presentada y a la que esté obligado con ocasión del contrato suscrito.		al 20% del valor total del contrato y por un término igual al de la ejecución del mismo y cuatro meses más. 100% CONTRATISTA
Mala Calidad: Se presenta cuando el contratista no suministra los productos en la calidad ofertada y definida en el contrato.	CONTRATISTA	Póliza de Calidad del Producto: Por una suma equivalente al 20% del valor total del contrato y por un término igual al de la ejecución del mismo y cuatro meses más. 100% CONTRATISTA
Riesgo de fuerza mayor no asegurable: ocurrencia de hechos derivados de terrorismo y desastres naturales	E.S.E. VIDASINÚ / CONTRATISTA	Los costos serán asumidos por las partes, en la proporción en que afecten a cada una 50% E.S.E. VIDASINÚ 50% CONTRATISTA.

8. GARANTÍAS DEL CONTRATO.

El contratista deberá constituir a través de una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia las siguientes garantías:

8.1. Cumplimiento:

Para garantizar el cumplimiento de todas las obligaciones que el contratista adquiera en virtud del presente contrato, por un valor igual al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato por el término del mismo y cuatro (4) meses más.

8.2. Calidad del producto:

Por el veinte por ciento (20%) del valor del contrato, por el término del mismo y cuatro (4) meses más.

9.- DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA Y REGLAS EN LA PRESENTACIÓN DE LA MISMA.

9.1. ENTREGA DE PROPUESTAS.

Las propuestas serán entregadas en la sede administrativa de la E.S.E. VIDASINÚ ubicada en la Calle 22 B No. 4W-33 barrio El Amparo en la ciudad de Montería, dentro del plazo establecido en el cronograma del proceso de contratación.

9.2. PREPARACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

Para la preparación y presentación de las propuestas, los Proponentes deberán investigar e inspeccionar todo lo concerniente a la naturaleza del objeto del presente proceso e informarse de todas las condiciones necesarias para participar en el proceso de selección y para la ejecución del Contrato.

El hecho que los Proponentes no se familiaricen debidamente con los detalles y condiciones bajo las cuales será ejecutado el Contrato, no se +



considerará como excusa, justificación o fundamento válido para posteriores reclamaciones o para alegar el no cumplimiento del mismo.

El Proponente deberá informarse de todas las regulaciones tributarias vigentes en Colombia y en general, de cualquier otro tipo. Por lo tanto, al preparar la propuesta deberá tener en cuenta todos los gastos, pagos de derechos, impuestos, tasas y contribuciones a que haya lugar durante la ejecución del Contrato.

Las Propuestas deberán presentarse por escrito en original debidamente foliadas en orden consecutivo en su totalidad, es decir, en todas las páginas útiles o escritas.

La propuesta y todos los documentos que la integran deberán estar redactados en idioma español. Los documentos en idioma extranjero deberán venir acompañados de traducción simple, salvo en los casos en que la ley exija traducción oficial. Para facilitar la correcta integración de la propuesta por parte del oferente y su estudio y evaluación por la E.S.E. VIDASINÚ el Proponente deberá integrar los documentos que se relacionan en lo sucesivo de estos términos de condiciones.

No se aceptarán enmiendas, entrelíneas ni raspaduras en la propuesta.

No se aceptarán Propuestas enviadas por correo electrónico o fax.

Si existen formatos incluidos en los anexos de los Términos de Condiciones, estos deben ser diligenciados íntegramente y presentados en transcripciones literales.

9.3. DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA PROPUESTA.

Sólo se entenderán presentadas de manera válida aquellas propuestas radicadas en la sede administrativa de la E.S.E. VIDASINÚ ubicada en la Calle 22 B No. 4W-33 barrio El Amparo en la ciudad de Montería, en la ventanilla única de correspondencia, dentro del término señalado en los presentes Términos de Condiciones, es decir, a partir de la fecha y hora de apertura y hasta la fecha y hora de cierre de la misma.

Por lo anterior, bajo ninguna circunstancia se recibirán propuestas presentadas después de la fecha y hora límites indicadas en el cronograma establecido en estos Términos de Condiciones, ni aquellas presentadas en sitios y/o en condiciones diferentes a los que se han previsto.

La carta de presentación de la propuesta debe contener la siguiente información:

- a) Nombre o razón social del oferente remitente.
- b) Dirección, teléfono y/o fax del remitente.
- c) Correo electrónico.
- d) Dirigido a la E.S.E. VIDASINÚ.



e) Fecha y objeto de los Términos de Condiciones en la que participa.

La carta de la presentación de la propuesta debe ir pegada al sobre que contiene los demás documentos de la misma.

9.4. LOS DOCUMENTOS Y REQUISITOS QUE DEBERÁ CONTENER LA PROPUESTA SERÁN LOS SIGUIENTES:

a) Índice. Los documentos se deben relacionar en el índice con la indicación del folio en que se encuentra cada uno.

b) Carta de Presentación de la Propuesta y Propuesta Técnica.

c) Oferta debidamente presentada, requisito que se cumple con debida presentación de la carta de presentación de la oferta por parte de la persona legalmente facultada. Debe ser firmada por el proponente, ya sea persona natural o el Representante Legal de la persona jurídica, persona designada para representar Consorcio o Unión Temporal, o apoderado debidamente constituido, evento en el cual se debe anexar poder autenticado donde se especifique si se otorga poder para presentar la oferta, participar en todo el proceso y suscribir la minuta contractual.

La oferta deberá contener la propuesta técnica conforme al objeto y sin exceder el presupuesto oficial incluido en el presente Término de Condiciones.

d) Registro Único Tributario (RUT) con Anexos, el cual deberá haber sido generado de la página web de la DIAN en fecha no mayor a noventa (90) días.

En caso de tratarse de Consorcios o Uniones Temporales, deberá allegarse este requisito por cada una de las empresas que conforma el Consorcio o La Unión Temporal, (su actividad económica principal deberá ser igual o similar a la actividad principal objeto del presente proceso a contratar que será requisito de habilitación y estar actualizado según Resolución 000139 de 2012 expedida por la DIAN).

e) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio el cual deberá haber sido expedido en fecha no mayor a treinta (30) días.

Registro Mercantil expedido por la Cámara de Comercio el cual deberá haber sido expedido en fecha no mayor a treinta (30) días, si se trata de persona natural.

El Certificado de Existencia y Representación Legal o el Certificado o Registro Mercantil deberá estar debidamente renovado vigencia 2025 y así mismo deberá acreditar la actividad económica y contener la actividad principal del objeto del presente Término de Condiciones.

Las personas naturales extranjeras, deberán allegar certificado otorgado en el exterior y deberán acreditar su existencia mediante la presentación de copia de su pasaporte y si se encuentra residenciado en Colombia, mediante la presentación de copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad competente. La no presentación del certificado otorgado en el exterior no será subsanable y ocasionará que la propuesta sea evaluada como NO HABILITADA JURÍDICAMENTE.

f) Formato Único Hoja de Vida de Persona Jurídica o Natural establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Asimismo, deberá diligenciar en la página web <https://www.funcionpublica.gov.co/web/sigep>

g) Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la persona natural, o el Representante Legal si se trata de persona jurídica.

h) Acta de conformación de Consorcios o Unión Temporal. Los Consorcios o las Uniones Temporales deberán ajustarse a lo establecido en el artículo 7° de la Ley 80 de 1993 y adicionalmente, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Anexar el documento que acredite la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, suscrito por sus integrantes. En caso de presentarse la propuesta bajo la modalidad de Consorcios o Uniones Temporales, por ser considerados estos como sociedades de hecho, la entidad exige que se anexe en la propuesta la carta de conformación de los mismos indicando claramente sus integrantes y su respectiva participación, al igual que la persona que los representará legalmente, y suscrita debidamente por las personas que se encuentren en la obligación de hacerlo. En caso contrario la propuesta carece de validez, por considerarse que la persona proponente no se encuentra constituida legalmente y por lo tanto no existe, lo cual se considerará como falta de ofrecimiento.

Los proponentes indicarán si su participación es a título de Consorcio o Unión Temporal, y en este último caso, señalarán los términos y extensión de la participación de cada uno en la propuesta y en la ejecución del contrato, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo de la E.S.E. VIDASINÚ.

Los miembros del Consorcio o de la Unión Temporal deberán señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre ellos y su responsabilidad será solidaria frente a la E.S.E. VIDASINÚ de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato.

En atención a lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, los integrantes del Consorcio o Unión Temporal y demás formas asociativas +



legalmente constituidas, deberán escoger para efectos de pago, en relación con la facturación, una de las siguientes opciones, la misma que deberá manifestarse expresamente y por escrito al momento de la adjudicación del contrato:

- Si la va a efectuar en representación del Consorcio o Unión Temporal uno de sus integrantes, caso en el cual debe informar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre, razón social y el número del

- Si la facturación es en forma separada, cada uno de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal, deberá informar la participación en el valor del contrato.

- Si la facturación la va a realizar el Consorcio o Unión Temporal a nombre propio y en representación de sus miembros, es decir bajo su propio NIT, caso en el cual se debe señalar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre de la razón social y el número de identificación tributaria, de cada uno de ellos. Adicionalmente, en caso de ser el adjudicatario del contrato, deberá adelantar los trámites de expedición del RUT del Consorcio o Unión Temporal ante la DIAN, documento necesario para los trámites de la legalización del contrato.

i) Certificación sobre aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, para lo cual deberá tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- En caso que el proponente sea una persona jurídica, deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, para cuyo efecto deberá aportar con la propuesta certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de la Ley, o por el Representante Legal cuando no se requiera Revisor Fiscal, donde se certifique el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Cuando la certificación sea emitida por revisor fiscal, deberá anexar al certificado copia de la cedula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios de la Junta Central de Contadores.

- En caso de que el proponente sea una persona natural, deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, para cuyo efecto deberá aportar con la propuesta declaración juramentada donde se certifique el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.



- En caso de que el proponente sea una persona jurídica o una persona natural sin empleados a su cargo, tendrá que allegar declaración juramentada donde así lo indique, comprometiéndose en el mismo documento que en caso de que se le adjudique el proceso realizará las contrataciones de personal necesarias y realizará las cotizaciones necesarias.

Se recomienda diligenciar formato anexo de CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

j) Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, o el reporte de la consulta en la página Web de la Procuraduría General de la Nación, el cual deberá haber sido expedido en fecha no mayor a tres (3) meses.

En caso de que el proponente sea una persona jurídica, deberán allegarse los Certificados Antecedentes Disciplinarios de la persona jurídica y del Representante Legal.

En el evento que no se allegue el Certificado de Antecedentes Disciplinarios, la E.S.E. VIDASINÚ procederá a generarlo durante la celebración del comité de contratación el cual realizará el estudio de habilitación de la propuesta.

k) Certificado de Responsabilidad Fiscal expedido por la Contraloría General de la Nación, o el reporte de la consulta en la página Web de la Contraloría General de la Nación, el cual deberá haber sido expedido en fecha no mayor a tres (3) meses.

En caso de que el proponente sea una persona jurídica, deberán allegarse los Certificado de Responsabilidad Fiscal de la persona jurídica y del Representante Legal.

En el evento que no se allegue el Certificado de Responsabilidad Fiscal, la E.S.E. VIDASINÚ procederá a generarlo durante la celebración del comité de contratación el cual realizará el estudio de habilitación de la propuesta.

l) Consulta de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales expedido por la Policía Nacional, el cual deberá haber sido expedido en fecha no mayor a tres (3) meses.

En caso de que el proponente sea una persona jurídica, deberá allegarse la Consulta de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales del Representante Legal.

En el evento que no se allegue la Consulta de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales, la E.S.E. VIDASINÚ procederá a generarlo



durante la celebración del comité de contratación el cual realizará el estudio de habilitación de la propuesta.

m) Consulta de antecedentes en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC expedido por la Policía Nacional, el cual deberá haber sido expedido en fecha no mayor a tres (3) meses.

En caso de que el proponente sea una persona jurídica, deberá allegarse la Consulta de antecedentes en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC del Representante Legal.

En el evento que no se allegue la Consulta de antecedentes en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, la E.S.E. VIDASINÚ procederá a generarlo durante la celebración del comité de contratación el cual realizará el estudio de habilitación de la propuesta.

n) Certificación de no hallarse incurso en causales de Inhabilidad e Incompatibilidad. En caso de que el proponente sea una persona natural deberá certificar que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad de las contenidas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. En caso de que el proponente sea una persona jurídica la certificación deberá emitirla el Representante Legal.

Se recomienda diligenciar formato anexo de CERTIFICACIÓN DE NO HALLARSE INCURSO EN CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD.

En el contrato que se derive del Termino de Condiciones, la E.S.E. VIDASINÚ aplicará las reglas sobre las Inhabilidades e Incompatibilidades previstas en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1993 y en las demás normas que la modifiquen o adicionen, en cuanto sean pertinentes.

o) Certificado vigente que acredita su condición de deudor o no alimentario moroso descargado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM.

p) Certificados de experiencia. Los proponentes deberán presentar los documentos que acrediten experiencia relacionada con el objeto del contrato. Serán válidos los certificados de experiencia aportados por los socios de la persona jurídica o la de los integrantes de Consorcio o Unión Temporal.

q) Diligenciar y presentar en sobre aparte el formato único de conocimiento en inscripción del cliente - proveedor - contratista, sea persona natural o jurídica, el cual deberá ir acompañado de los documentos a adjuntar requeridos en dicho formato.



Así mismo autorizará a la Entidad a verificar que el oferente no se encuentra incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, y que no ha sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad que lo inhabilite para contratar.

9.5. ADMISIBILIDAD DE LAS PROPUESTAS Y CAUSALES DE RECHAZO DE LAS MISMAS.

Una propuesta será habilitada cuando se presente oportunamente y se ajuste a los requisitos para participar establecidos en el presente Término de Condiciones. La propuesta no será admitida o será rechazada cuando se halle incurso en uno de los siguientes casos, además de los indicados expresamente en otros apartes de este documento:

- a) No será admitida cuando la propuesta se presente de forma extemporánea.
- b) No será admitida cuando la propuesta se presente en un lugar o por un medio distinto de los indicados en los Términos de Condiciones.
- c) Se rechazará de plano cuando el proponente se encuentre incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución o en la ley.
- d) No serán admitidas cuando existan varias propuestas presentadas por el mismo proponente o por uno de sus integrantes, tratándose de Consorcios o Uniones Temporales o su Representante Legal, para este mismo procedimiento de selección.
- e) Se rechazará cuando tratándose de Consorcio o Unión Temporal, su Representante Legal, no se encuentre debidamente autorizado para presentar la propuesta o suscribir el contrato de acuerdo con el documento privado suscrito por los integrantes. Así mismo cuando el Consorcio o Unión Temporal no se encuentre debidamente constituido, según sea el caso de conformidad con las exigencias contenidas en las normas vigentes.
- f) Se rechazará cuando la información consignada en los documentos que integran la propuesta no sea veraz y sea detectada por la E.S.E. VIDASINÚ, esto es, no corresponda a la realidad.
- g) Se rechazará cuando la propuesta sea presentada por personas jurídicamente incapaces para obligarse o que no cumplan todas las calidades y condiciones de participación indicadas dentro de estos Términos de Condiciones.

9.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

Los proponentes deberán presentar una única propuesta, la cual deberá ajustarse a los requisitos y especificaciones previstas en el presente



Término de Condiciones. Debe presentarse un (1) sobre original de la propuesta.

Los proponentes deberán presentar con sus propuestas todos los documentos establecidos en el presente Término de Condiciones.

La E.S.E. VIDASINÚ no tendrá en cuenta para efectos de la evaluación de las propuestas, documentos distintos a los señalados en los presentes Términos de Condiciones o los que las normas vigentes los exijan. No deberán incluirse catálogos, folletos o documentos cuyo contenido sea diferente al solicitado en los presentes Términos de Condiciones. En caso de que se incluyan, no serán tenidos en cuenta para ningún efecto, lo cual se entiende aceptado por cada proponente con la presentación de su propuesta.

9.7. PERÍODO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES.

La E.S.E. VIDASINÚ será la encargada del seguimiento de las propuestas y la evaluación se hará por medio del Comité de Contratación de la entidad, en los términos previstos en el cronograma.

9.8. DECLARACIÓN DE DESIERTA DE LA INVITACIÓN PÚBLICA.

El presente proceso podrá ser declarado desierto, en los siguientes casos:

- a) Cuando no se hubiera presentado ninguna propuesta.
- b) Cuando ninguna de las propuestas presentadas cumpla con lo exigido en los Términos de Condiciones.
- c) Por cualquier otro motivo o causa que impida la selección objetiva.
- d) Por motivos de conveniencia debidamente justificados y motivados a consideración de la E.S.E. VIDASINÚ.

10. CAPACIDAD JURÍDICA – APTITUD LEGAL.

El proponente para acreditar la actitud legal deberá cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 9.4 de los presentes Términos de Condiciones.

11. EXPERIENCIA.

Se considera experiencia específica en el área, contratos (actas de liquidación o certificaciones expedidas por la entidad contratante) que hayan incluido la ejecución de actividades iguales o similares a las ofertadas en el objeto de los Términos de Condiciones.

El proponente debe acreditar mínimo un (1) contrato, ejecutados a la fecha de presentación de la propuesta, relacionado con el objeto del presente proceso de contratación. Serán válidos los certificados de experiencia aportados por los socios de la persona jurídica o la de los integrantes de Consorcio o Unión Temporal.



Si el contrato se suscribió en Consorcio, Unión Temporal o cualquier forma de asociación, deberá acreditarlo mediante copia del acuerdo de asociación, o certificación emanada de la entidad contratante, donde consten los miembros que lo conformaron y su porcentaje de participación. En caso de Consorcio, Unión Temporal o cualquier forma de asociación, las actividades ejecutadas se tomarán en su totalidad. En ningún caso las actividades se ponderarán por el porcentaje de participación.

12. RESUMEN DE REQUISITOS HABILITANTES.

La E.S.E. VIDASINÚ realizará la revisión jurídica, técnica, de experiencia y financiera de las propuestas sobre los documentos presentados, lo que no dará lugar a calificación, pero sí a la determinación sobre si la propuesta es hábil o no, referente a los aspectos señalados, de acuerdo con los parámetros establecidos en el presente proceso.

Para su calificación las propuestas deberán contener la siguiente denominación en los cuatro aspectos habilitantes.

REVISIÓN JURÍDICA	(HABILITA)
REVISIÓN DE EXPERIENCIA	(HABILITA)

TIPO	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
JURÍDICO	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		
JURÍDICO	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT		
JURÍDICO	CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / REGISTRO MERCANTIL		
JURÍDICO	ACTA DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIOS O UNIÓN TEMPORAL.		
JURÍDICO	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA		
JURÍDICO	FOTOCOPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA		
JURÍDICO	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS		
JURÍDICO	CONSULTA DE ANTECEDENTES FISCALES		
JURÍDICO	CONSULTA DE ANTECEDENTES PENALES Y REQUERIMIENTOS JUDICIALES		
JURÍDICO	CERTIFICADO VIGENTE QUE ACREDITA SU CONDICIÓN DE DEUDOR O NO ALIMENTARIO MOROSO DESCARGADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM.		
JURÍDICO	CONSULTA RNMC		
JURÍDICO	PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES		

JURÍDICO	CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		
JURÍDICO	CONCEPTO SANITARIO		
EXPERIENCIA	EXPERIENCIA ACREDITADA		

13. CRONOGRAMA.

CRONOGRAMA	FECHA	LUGAR
PUBLICACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES	7 MAYO DE 2025	CARTELERA SEDE ADMINISTRATIVA Y PÁGINA WEB DE LA E.S.E. VIDASINÚ
PLAZO PARA RECIBIR PROPUESTAS	8 MAYO DE 2025 CIERRE: A LAS 04:59 P.M.	CALLE 22B No. 4W-33 BARRIO EL AMPARO SEDE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. VIDASINÚ EN LA CIUDAD DE MONTERÍA
EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS	8 MAYO DE 2025 A LAS 5:00 P.M.	CALLE 22B No. 4W-33 BARRIO EL AMPARO SEDE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. VIDASINÚ EN LA CIUDAD DE MONTERÍA
OBSERVACIONES A LA EVALUACIÓN	9 MAYO DE 2025	CALLE 22B No. 4W-33 BARRIO EL AMPARO SEDE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. VIDASINÚ EN LA CIUDAD DE MONTERÍA
FIRMA DEL CONTRATO	12 MAYO DE 2025	CALLE 22B No. 4W-33 BARRIO EL AMPARO SEDE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. VIDASINÚ EN LA CIUDAD DE MONTERÍA

Plazo para realizar adendas: Desde la publicación de los términos de condiciones hasta las 05:00 P.M. del 7 de mayo de 2025.

14. CRITERIO PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

El criterio para seleccionar la oferta más favorable, será aquella que oferte el menor precio, siempre y cuando cumpla con los requisitos habilitantes y demás condiciones establecidas en los términos de condiciones.

15. CRITERIOS DE DESEMPATE.

En el evento de presentarse empate entre dos (2) o más proponentes la E.S.E. VIDASINÚ adjudicará al proponente que haya presentado la propuesta primero.

16. NUMERO MÍNIMO DE PARTICIPANTES.



El número mínimo de participantes hábiles para no declarar desierta el proceso de contratación del presente Termino de Condiciones, será de UN (1) oferente, entendiéndose como participante hábil a quien cumpla con los requisitos habilitantes aquí señalados.

17. SUPERVISIÓN.

La supervisión será adelantada por el funcionario que designe para tal efecto el Gerente de la E.S.E. VIDASINÚ, quien tendrá bajo su responsabilidad la vigilancia y control, técnico, administrativo y financiero del contrato de conformidad con los parámetros que sobre esta materia a trazado de la Ley 80 de 1993 y el Estatuto de Contratación de la E.S.E. VIDASINÚ.

De igual forma el supervisor del contrato será responsable civil, penal y disciplinariamente por las omisiones y demás actuaciones que generen un detrimento para la entidad.

18. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.

El contrato a suscribir será financiado con cargo al certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 00861 del 7 de mayo de 2025, expedido por el Analista de Presupuesto de la Empresa.

19. ESTIPULACIONES LAS CLAUSULAS EXCEPCIONALES.

La E.S.E. VIDASINÚ en la minuta contractual estipulará las cláusulas previstas en el Estatuto General de la Administración Pública.

La presente convocatoria será publicada en la página web www.esevidasinu.gov.co y en las carteleras ubicadas en la sede administrativa de la Entidad.

Atentamente,

LILIANA YUNEZ LUQUETTA
Gerente

Proyectó: Andrea Caballero Padilla - Profesional Especializado Sumitemporal S.A.S.
Revisó: José Antonio Berrocal Ágámez - Asesor Jurídico
Aprobó: Luis Mogollón Behaine - Asesor Jurídico



ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Referencia: Convocatoria No. (XX) de 2025.

Objeto: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Respetados señores:

(Nombre del proponente) de acuerdo con los Términos de Condiciones de fecha XX de XXXX de 2025, publicados por la E.S.E. VIDASINÚ declaro que:

1. Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella de derive.
2. Que conozco la información general y demás documentos del Términos de Condiciones del presente proceso de selección y acepto los requisitos en él contenidos.
3. Que conozco los sitios donde se requiere de la prestación del servicio y hemos tomado atenta nota de las condiciones que puedan afectar su ejecución.
4. Que no he sido sancionados mediante actos administrativos ejecutoriados por alguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha.
5. Que, de adjudicarse el contrato, me comprometo a constituir las garantías requeridas y a suscribir estas dentro de los términos señalados para ello.

Atentamente,

(Firma del proponente o de su Representante Legal)
(Nombre del proponente o de su Representante Legal)

C.C. No. XX de XX

NIT No. XX

Dirección de correo XX

Correo Electrónico XX

Telefax XX

Ciudad XX



ANEXO No. 2
CERTIFICACIÓN DE NO HALLARSE INCURSO EN CAUSALES DE INHABILIDAD
E INCOMPATIBILIDAD.

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Referencia: Convocatoria No. (XX) de 2025.

Objeto: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Respetados señores:

(Nombre del proponente) de acuerdo con los Términos de Condiciones de fecha XX de XXXX de 2025, publicados por la E.S.E. VIDASINÚ declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución y el artículo 8 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios.
2. Manifiesto no hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad, ni en ninguno de los eventos de prohibición especiales para contratar, ni tampoco la persona jurídica que represento.

Atentamente,

(Firma del proponente o de su Representante Legal)
(Nombre del proponente o de su Representante Legal)
C.C. No. XX de XX



ANEXO No. 3
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES
PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002
(PERSONA JURÍDICA)

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Referencia: Convocatoria No. (XX) de 2025.

Objeto: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Respetados señores:

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito (Nombre del Revisor Fiscal o Contador) de la sociedad (Nombre del proponente) declaro que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta.

(Las firmas o sociedades obligadas a tener revisoría fiscal de acuerdo con los requisitos legales deberán presentar la certificación firmada por el revisor fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente. El Revisor Fiscal o Contador deberá aportar copia de la cedula de ciudadanía, copia de su tarjeta profesional y Certificado Digital de Antecedentes Disciplinarios de la Junta Central de Contadores con vigencia de tres (3) meses)

(Firma del Revisor Fiscal o Contador según corresponda)
(Nombre del Revisor Fiscal o Contador según corresponda)
C.C. No. XX de XX
TP No. XX



ANEXO No. 4
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES
PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002
(PERSONA NATURAL)

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Referencia: Convocatoria No. (XX) de 2025.

Objeto: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Respetados señores:

(Nombre del proponente) para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, declaro bajo la gravedad de juramento, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

(Firma del proponente)
(Nombre del proponente)
C.C. No. XX de XX

ORIGINAL FIRMADO



ANEXO No. 5
CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL
FORMATO 5A – DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Referencia: Convocatoria No. (XX) de 2025.

OBJETO: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Estimados Señores:

Los suscritos, [nombre del Representante Legal del integrante 1] y [nombre del Representante Legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de este Consorcio no será inferior al del plazo de ejecución del contrato y un año más.
2. El Consorcio está integrada por los siguientes miembros, los cuales ejecutarán las actividades que se describen a continuación:

Actividades y términos en la ejecución del Contrato ⁽¹⁾	Compromiso (%) ⁽²⁾	Nombre del integrante a cargo de la actividad
[El integrante debe describir pormenorizadamente las actividades que ejecutará en desarrollo del contrato.]	[Indicar el porcentaje de cada actividad que se compromete a ejecutar]	
	[En el evento que la actividad sea realizada por dos (2) o más miembros se indicará el	



	porcentaje de compromiso en relación con cada miembro]	
--	--	--

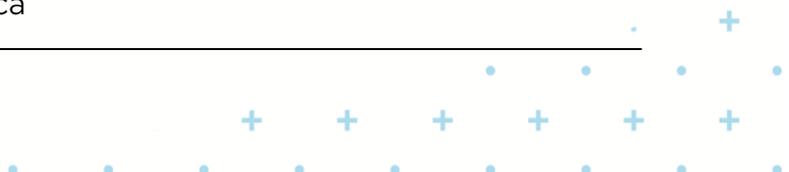
(1)

(2)

(3) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

(4) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

3. El Consorcio se denomina CONSORCIO _____.
4. La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria en el cumplimiento de las obligaciones y de las sanciones que se deriven de la ejecución del contrato.
5. El representante del Consorcio es _____ [indicar el nombre], identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
6. El representante suplente del Consorcio es _____ [indicar el nombre], identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
[Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente del consorcio.]
7. El Señor[a] _____ [indicar el nombre del representante legal del consorcio] acepta su nombramiento como representante legal del CONSORCIO [Nombre del Consorcio]
8. En caso de resultar adjudicatario, la facturación del Proponente la realizará: [Nombre del integrante o nombre de todos los integrantes].
9. [Las Entidades y los Proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los Documentos Tipo para regular la relación negocial entre los integrantes.]
10. El Domicilio del Consorcio es:
Dirección de correo _____
Dirección electrónica _____



Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

[Nombre del proponente o Representante legal de cada uno de los integrantes]

Nombre del proponente o Representante legal de cada uno de los integrantes]

Nombre y firma del Representante del Consorcio]

[Nombre y firma del Representante Suplente del Consorcio]

ORIGINAL FIRMADO



FORMATO 5B – DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Referencia: Convocatoria No. (XX) de 2025.

OBJETO: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Estimados Señores:

Los suscritos, [nombre del Representante Legal del integrante 1] y [nombre del Representante Legal del integrante 2] debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [nombre o razón social del integrante 1] y [nombre o razón social del integrante 2], respectivamente, manifestamos por medio de este documento que hemos convenido asociarnos en Unión Temporal para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de la Unión Temporal no será inferior al del plazo de ejecución del contrato y un año adicional contado a partir de la fecha del cierre del Proceso de Contratación.
2. La Unión Temporal está integrada por los siguientes miembros, los cuales ejecutaran las actividades que se describen a continuación:

Actividades y términos en la ejecución del Contrato ⁽¹⁾	Compromiso (%) ⁽²⁾	Nombre del integrante a cargo de la actividad
[El integrante debe describir pormenorizadamente las actividades que ejecutará en desarrollo del contrato.]	[Indicar el porcentaje de cada actividad que se compromete a ejecutar] [En el evento que la actividad sea realizada por dos (2) o más miembros se indicará el porcentaje de compromiso en relación con cada miembro]	



--	--	--

- (1) La extensión de la participación se indicará en función de las actividades a ejecutar en el proyecto.
(2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.

3. La Unión Temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.
4. La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es solidaria en el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de la ejecución del contrato, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación de ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.
5. El representante de la Unión Temporal es _____ [indicar el nombre], identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, de _____, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
6. El representante suplente de la Unión Temporal es _____ [indicar el nombre], identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
- [Definir los eventos en los cuales puede intervenir el representante suplente de la unión temporal.]
7. El Señor [a] _____ [indicar el nombre del representante legal de la Unión Temporal] acepta su nombramiento como representante legal de la UNIÓN TEMPORAL [Nombre de la Unión Temporal]
8. [Las Entidades y los Proponentes podrán incluir cláusulas adicionales que no contradigan lo dispuesto en los Documentos Tipo para regular la relación comercial entre los integrantes.]
9. El domicilio de la Unión Temporal es:

Dirección de correo _____

Dirección electrónica _____

Teléfono _____

Telefax _____

Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ +



de 20__.

Nombre del proponente o Representante legal de cada uno de los integrantes]

Nombre del proponente o Representante legal de cada uno de los integrantes]

Nombre y firma del Representante de la Unión Temporal]

[Nombre y firma del Representante Suplente de la Unión Temporal

ORIGINAL FIRMADO



**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

Código: FR-GF-01

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO EN INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE - PROVEEDOR - CONTRATISTA - PERSONA NATURAL

Versión: 1

Fecha: 06/06/2017

Página: 1 de 2

PERSONA NATURAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> No: Lugar de expedición: Fecha de expedición: DD / MM / AA	Fecha de nacimiento: DD / MM / AA	Oficio o profesión:
	Lugar de nacimiento:	Actividad: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
	Dirección de residencia:	Dirección Comercial:
	Ciudad:	Cargo:
	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:
	E-mail para notificaciones:	
¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Ambientales <input type="checkbox"/>		
Comunidad y Sociedad <input type="checkbox"/> Prácticas con Clientes <input type="checkbox"/> Prácticas con Proveedores <input type="checkbox"/> Gobierno Corporativo <input type="checkbox"/> Otras:		

INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (Persona Natural)

Patrimonio (Pesos):	Pasivos (Pesos):
Activos (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos (Pesos):
Concepto/otros ingresos:	
Régimen IVA: Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> No responsable <input type="checkbox"/> Beneficiario Ley 1429 de 2010 <input type="checkbox"/> Autor retenedor <input type="checkbox"/>	
(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:)	
Declarante de renta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Régimen general <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/>	

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (Persona Natural)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de respuesta afirmativa, especifique:
¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)	

OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Natural)

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?
<input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o Recepción de Giros <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias	
Otras ¿Cuál? _____	
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo, indique:	

Tipo de Producto	No. del Producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

DOCUMENTO	PN	PJ
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario - RUT.		
Una (1) fotocopia del documento de identidad.		
Declaración de renta del último año		

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Oficial de Cumplimiento	Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerente
Lugar y tiempo de Archivo: Archivo de Gestión - Cinco (5) años.	Documento Original: Oficina de Calidad, cinco (5) Años.	Disposición final: Archivo de Gestión.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Código: FR-GF-01
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO EN INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE - PROVEEDOR - CONTRATISTA - PERSONA NATURAL	Versión: 1
		Fecha: 06/06/2017
		Página: 2 de 2

DECLARACIONES (Persona Natural)

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo a la E.S.E. Vidadasinú, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).



ESPACIO PARA HUELLA

Firma _____
Nombre: _____
P.P. C.C. E. T.I. No.
Fecha de firma: DD / MM / AA

VERIFICACIÓN		
Hora:	Fecha: DD / MM / AA	Lugar:
Nombre del funcionario responsable:		
P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.		
Firma:		
Cargo:		
Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información entregada y diligenciada SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES

Información reservada para E.S.E. VIDASINÚ

Verificación en Listas:
¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si No
En caso de ser positiva la respuesta indique en cual: _____
Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____
Área: _____
Fecha: DD / MM / AA Hora: _____

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Oficial de Cumplimiento	Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerente
Lugar y tiempo de Archivo: Archivo de Gestión - Cinco (5) años.	Documento Original: Oficina de Calidad, cinco (5) Años.	Disposición final: Archivo de Gestión.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO: FR-GF-02
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO EN INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE - PROVEEDOR - CONTRATISTA - PERSONA JURÍDICA	VERSIÓN: 1
		FECHA: 06/06/2017
		Página: 1 de 2

PERSONA JURÍDICA										
Nombre o denominación social:				NIT:						
E-mail para notificaciones:				RUT:						
Ciudad:		Matrícula o Registro Mercantil No.								
Dirección/ Domicilio principal:				Teléfono móvil: Teléfono Fijo:						
Página web de la empresa:				Código CIU:						
Número de empleados:										
Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Actividad económica:								
¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos										
<input type="checkbox"/> Humanos <input type="checkbox"/> Ambientales <input type="checkbox"/> Comunidad y Sociedad <input type="checkbox"/> Prácticas con Clientes <input type="checkbox"/> Prácticas con Proveedores <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Otras:										
REPRESENTANTE LEGAL	Primer Apellido:									
	Segundo Apellido:									
	Nombre(s):									
	Documento de Identidad	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No.							
	Lugar de Expedición:			Fecha de Expedición: DD / MM / AA						
Nacionalidad:	Fecha de nacimiento: DD / MM / AA		Lugar de nacimiento:							
COMPOSICIÓN ACCIONARIA										
(Relacionar los accionistas o asociados con participación directa o indirecta superior al 5%.)										
TIPO DE IDENTIFICACIÓN						Número de Identificación	Nombres y apellidos / Razón Social	Nacionalidad	% Participación	¿Es PEP?
C.C.	C.E.	T.I.	**C.D	PAS	NIT					
										Sí _ No_
										Sí _ No_
										Sí _ No_
										Sí _ No_
										Sí _ No_
										Sí _ No_
										Sí _ No_
INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (Persona Jurídica)										
Patrimonio (Pesos):						Pasivos (Pesos):				
Activos (Pesos):						Egresos mensuales (Pesos):				
Ingresos mensuales (Pesos):						Otros ingresos (Pesos):				
Concepto/otros ingresos:										
Régimen IVA: Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> No responsable <input type="checkbox"/> Beneficiario Ley 1429 de 2010 <input type="checkbox"/> Auto retenedor <input type="checkbox"/>										
(En caso afirmativo, señale el No. De Resolución:)										
Declarante de renta: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Régimen general <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/>										
Nombre de entidad financiera donde tiene la cuenta: _____										
OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Jurídica)										
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?										
<input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o Recepción de Giros <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otras ¿Cuál? _____										
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera?										
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:										
Tipo de producto	No. del producto	Entidad			Monto	Mo	Ciudad	País		

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Oficial de Cumplimiento	Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerente
Lugar y tiempo de Archivo: Archivo de Gestión - Cinco (5) años.	Documento Original: Oficina de Calidad, cinco (5) Años.	Disposición final: Archivo de Gestión.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO: FR-GF-02
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO EN INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE - PROVEEDOR - CONTRATISTA - PERSONA JURÍDICA	VERSIÓN: 1
		FECHA: 06/06/2017
		Página: 2 de 2

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

DOCUMENTO	PN	PJ
Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio respectiva, con fecha de expedición no mayor a un (1) mes.		
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.		
Una (1) fotocopia del documento de identidad.		
Una (1) copia del documento de identidad del representante legal.		
Estados financieros con corte al último año, debidamente firmados por el contador público o el revisor fiscal y el representante legal.		
Declaración de renta del último año		

DECLARACIONES (Persona Jurídica)

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo a la E.S.E. Vidadasinú, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o Jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).



ESPACIO PARA HUELLA

Firma
Nombre:
P.P.□□C.C.□□C.E. □T.I. □No.
Fecha de firma: DD / MM / AA

VERIFICACIÓN

Hora: Fecha: DD / MM / AA Lugar:

Nombre del funcionario responsable:

P.P.□□C.C.□□C.E. □T.I. □No.

Firma:

Cargo:

Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información entregada y diligenciada SI □ No □

OBSERVACIONES

Información reservada para E.S.E. VIDASINÚ

Verificación en Listas:

- NIT coincide con razón social suministrada
- NIT no se encuentra repetida en el sistema
- Confirman los datos de contacto de la persona jurídica

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si No

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual: _____

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación: _____

Fecha: DD / MM / AAAA Hora: _____

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Oficial de Cumplimiento	Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerente
Lugar y tiempo de Archivo: Archivo de Gestión - Cinco (5) años.	Documento Original: Oficina de Calidad, cinco (5) Años.	Disposición final: Archivo de Gestión.