

OBERVACION NRO 6

ANEXOS

FORMATO N° 1

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lugar y fecha

Doctor
XXXXX
Gerente
ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN
XXXX

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. _____

Nosotros los suscritos: _____ (nombre del proponente) de acuerdo con la Invitación Pública, hacemos la siguiente propuesta para el proceso de selección de contratistas de la referencia y, en caso que nos sea aceptada por la ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN, nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos del Pliego de Condiciones, sus anexos, la minuta del contrato, el Manual de Contratación de la Entidad, al igual que los apéndices, adendas, y demás documentos del presente proceso de selección, en especial los REQUERIMIENTOS Y ANEXOS TÉCNICOS y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos. Por lo tanto, nos comprometemos a suministrar tanto el personal como el equipo mínimo que ha establecido la Entidad para el presente proceso de selección, con las condiciones y características señaladas.

Que nos encontramos a paz y salvo por concepto del pago de aportes parafiscales o en su defecto que hemos suscrito un acuerdo de pago con _____ (indicar la Entidad), el cual se encuentra vigente y al día, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. En todo caso la información relacionada se detalla en el Anexo 4A / 4 B de la presente propuesta.

Que definimos la siguiente dirección electrónica como medio para recibir notificación de las subsanaciones y/o aclaraciones que la Entidad realice en el periodo de verificación de requisitos habilitantes: (INDICAR AQUÍ LA DIRECCION ELECTRONICA DE CONTACTO). Que aceptamos que al recibir en dicho correo electrónico información de la Entidad referente a la solicitud de subsanaciones y/o aclaraciones, nos consideramos notificados de la información allí recibida.

Que hemos conocido las siguientes adendas a los documentos de la presente selección de contratistas _____ (indicar el número y la fecha de cada uno) y que aceptamos su contenido.(En caso de no conocer adendas, debe dejarse clara constancia)

Que la información contenida en la propuesta y los documentos que forman parte de la misma son verídicos y que asumimos total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados

sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes y que nos comprometemos a que toda la información y los documentos aportados a partir de la firma del acta de inicio y hasta el acta de liquidación del contrato, serán veraces y asumimos total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el precitado código y demás normas concordantes.

Que si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

Atentamente,

Nombre del proponente _____
Nombre del Representante Legal _____
C. C. No. _____ de _____
No. del NIT [consorcio o unión
temporal o de la (s) firma (s)] _____ (anexar copia(s))
Dirección física de correo _____
Correo electrónico _____
Telefax _____
Ciudad _____

(Firma del proponente o de su Representante Legal)

FORMATO 2

DECLARACIÓN JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Lugar y fecha

Doctor
XXXXX
Gerente
ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN
XXXX

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. _____

Nosotros los suscritos: _____ (nombre del proponente), manifestamos bajo la gravedad de juramento, que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. En especial, manifestamos que no nos hallamos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente. (NOTA: Se recuerda al proponente que si está incurso en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, no puede participar en el presente proceso de selección de contratistas y debe abstenerse de formular propuesta).

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Nosotros los suscritos [Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado (s) como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de [Nombre de la Entidad Estatal] para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
3. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].
4. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
5. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte y la de nuestros empleados o asesores.
6. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los _____ días del mes de _____ de _____

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona Natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

FORMATO Nº 3A

MODELO DE CARTA DE CONFORMACIÓN CONSORCIO

Lugar y fecha

Doctor
XXXX
Gerente
ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN
XXXX

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. _____

Los suscritos, _____ (nombre del Representante Legal) y _____ (nombre del Representante Legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ (nombre o razón social del integrante) y _____ (nombre o razón social del integrante), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el proceso de selección de contratistas de la referencia, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración de este Consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato y UN (01) AÑO MÁS.

El Consorcio está integrado por:

NOMBRE PARTICIPACIÓN	(%) (1)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

El Consorcio se denomina CONSORCIO _____.

La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.

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.

La sede del Consorcio es:

Dirección de correo _____
Dirección electrónica _____
Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 201__.

(Nombre y firma del Representante Legal de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma del Representante Legal del Consorcio)

FORMATO Nº 3B

MODELO DE CARTA DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Lugar y fecha

Doctor
XXXX
Gerente
ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN
XXXX

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. _____

Los suscritos, _____ (nombre del Representante Legal) y _____ (nombre del Representante Legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de _____ (nombre o razón social del integrante) y _____ (nombre o razón social del integrante), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en Unión Temporal para participar en el proceso de selección de contratistas de la referencia, y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración de la Unión Temporal será igual al término de ejecución y liquidación del contrato.
La Unión Temporal está integrada por:

NOMBRE, TÉRMINOS Y EXTENSIÓN, COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN EN EL (%) (2) EJECUCIÓN DEL CONTRATO (1)

(1) Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, para cada uno de los integrantes.

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

La Unión Temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.

La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es solidaria.

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.

La sede 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 201__.

(Nombre y firma del Representante Legal de cada uno de los integrantes)

(Nombre y firma del Representante Legal de la Unión Temporal)

FORMATO Nº 4A

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003
(FORMULARIO A INCLUIR PARA EL CASO DE PERSONAS NATURALES)

Lugar y fecha

Doctor

XXXX

Gerente

ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN

XXXX

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. _____

Yo _____ identificado (a) con c.c _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en 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 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 de contratistas.

[En caso que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.]

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto, en el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1670 de 2007.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Dada en _____ a los () _____ del mes de _____ de _____.

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

FORMATO Nº 4B

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002(FORMULARIO A INCLUIR PARA EL CASO DE PERSONAS JURIDICAS)

Lugar y fecha

Doctor

XXXX

Gerente

ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN

XXX

REFERENCIA: Proceso de Contratación No. _____

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección de contratistas. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto por el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 de 2005 y por el Decreto 1670 de 2007.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION. EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

Dada en _____, a los () _____ del mes de _____ de _____

FIRMA -----

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

FORMATO No 5

RELACIÓN EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

CONVOCATORIA PUBLICA No.
Objeto:
Proponente:

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Contrat o No.	Objet o	Valor en peso s	Valor del salario mínimo del ano de terminació n	Valor en SMML V	Entidad contratant e	Fecha de inicio	Fecha de terminació n	Nº Contrat o RUP	Nº Foli o RUP

NOTA No. 1 En caso de propuestas conjuntas, cada uno de los miembros que conforman el proponente deberá diligenciar el presente formato, reseñando su aporte a la experiencia que se quiere acreditar.

NOTA No. 2 El presente formulario se debe acompañar de la correspondiente acreditación de experiencia, so pena de que la experiencia relacionada no sea evaluada.

Firma del Proponente

FORMATO No 6

MODELO PROPUESTA ECONÓMICA, PRECIOS UNITARIOS Y PROPUESTA FORMA DE PAGO

PROCESO: CONVOCATORIA PUBLICA N° 002-2019

OBJETO: "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LA E.S.E. SANATORIO DE CONTRATACIÓN - SANTANDER"

Entre los suscritos a saber: _____, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, Quien en nombre y representación legal de _____ (Escribir el nombre completo incluyendo el tipo de sociedad y en su defecto indicar que se trata de una persona natural.), legalmente constituida, con domicilio principal en _____, con NIT No _____, y debidamente facultado por los estatutos sociales, manifestamos que mediante el presente documento denominado PROPUESTA ECONÓMICA, PRECIOS UNITARIOS Y PROPUESTA FORMA DE PAGO, la cual acepto que es inmodificable y se presenta en las condiciones del pliego de condiciones como requisito de evaluación, que en caso de ser la ganadora ACEPTO su transcripción en minuta contractual.

Manifiesto que el valor total de mi propuesta es por la suma de: VALOR EN LETRAS (VALOR EN NUMEROS).

El valor total ofertado se discrimina del siguiente cuadro de cantidades y mi PROPUESTA DE PRECIOS UNITARIOS:

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
1	ACETAMINOFEN JARABE X 150 MG/5 ML			1		
2	ACETAMINOFEN TAB X 500 MG			1		
3	ACETAMINOFÉN X 100 MG GOTAS			1		
4	ACETATO DE ALUMINIO - SOBRE 2.2G			1		
5	ACETATO DE ALUMINIO LOCION X 120 ML.			1		
6	ACETATO DE PREDNISOLONA 1% + FENILEFRINA CLORHIDRATO 0.12% GOTAS			1		
7	ACETAZOLAMIDA X 250 MG			1		
8	ACETIL CISTEINA 10% X 25ML - NEBULIZAR GOTAS			1		
9	ACETIL CISTEÍNA GRANULADO X 200 MG			1		
10	ACICLOVIR 5% UNGÜENTO TOPICO			1		
11	ACICLOVIR X 200 MG			1		
12	ACIDO ACETIL SALICÍLICO X 100 MG			1		
13	ACIDO ASCÓRBICO X 500 MG			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
14	ACIDO FUSIDICO X 15 GR AL 2 % (CREMA) TÓPICA			1		
15	ACIDO NALIDIXICO 250 MG SUSP			1		
16	ACIDO VALPROICO CAP X 250 MGS			1		
17	ACIDO VALPROICO X 120 (JARABE)			1		
18	ADENOSINA 6 MG/2ML.			1		
19	ADRENALINA X 1 MG			1		
20	AGUA ESTERIL P/NYECCION X 500 ML BAXTER *NETO			1		
21	ALBENDAZOL 100 MG/5ML. SUSP.			1		
22	ALBENDAZOL TAB X 200 MG.			1		
23	ALFAMETILDOPA X 250 MG			1		
24	ALOPURINOL X 300 MG-			1		
25	ALOPURINOL X100 MG			1		
26	AMIKACINA X 500 MG/2ML			1		
27	AMINOFILINA X 240 MG /10 ML			1		
28	AMIODARONA CLORHIDRATO X 150 MG 3 ML AMPOLLA			1		
29	AMIODARONA X 200 MG			1		
30	AMITRIPTILINA X 25 MG			1		
31	AMLODIPINO X 5MG			1		
32	AMOXICILINA X 250MG - SUSP ML			1		
33	AMOXICILINA X 500 MG			1		
34	AMOXICILINA+ ACIDO CLAVULÁNICO 250+62,5 MG POLVO PARA SUSPENSIÓN			1		
35	AMPICILINA AMPOLLA X 500 MG			1		
36	AMPICILINA X 1 GR- AMP			1		
37	AMPICILINA X 250 MG- SUSP.60 ML			1		
38	AMPICILINA X TAB 500 MG			1		
39	AMPICILINA+ SULBALTAN X 1,5 GR X 10 ML			1		
40	ASCORBICO ACIDO X 100 GOTAS			1		
41	ATORVASTATINA 40 MG X 500 TAB ECAR EPS			1		
42	ATORVASTATINA X 20 MG			1		
43	ATROPINA SULFATO X 1MG/1ML AMP			1		
44	AZATIOPRINA 50 MG			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
45	AZITROMICINA SUSPENSIÓN 200 MG/5ML FCO 15 ML			1		
46	AZITROMICINA X 500MG			1		
47	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 MCG NASAL			1		
48	BECLOMETASONA DIPROPIONATO X 50MCG INHALADOR BUCAL			1		
49	BECLOMETASONA INHALADOR. MG X 250 BUCAL			1		
50	BENZOATO DE BENCILO LOCIÓN X 120 ML			1		
51	BETAMETASONA (CREMA TOPICA) 0.1% X40 GR			1		
52	BETAMETASONA ACETATO+BETAMETASONA FOSFATO 3 + 3MG			1		
53	BETAMETASONA SODIO FOSFATO 4MG/1ML			1		
54	BETAMETASONA+CLOTRIMAZOL+NEOMICINAX 40 G (TRICONJUGADA)			1		
55	BICARBONATO DE SODIO AL X10/10ML			1		
56	BIPERIDENO X 2 MG			1		
57	BISACODILO X 5 MG			1		
58	B-METIL DIGOXINA 0,1 MG. TABLETA			1		
59	B-METILDIGOXINA 0,2 MG/2ML. - AMP.			1		
60	BROMURO DE IPRATROPIO (INHALADOR BUCAL) 20 UG 0.02 MG -200 DOSIS			1		
61	BROMURO DE IPRATROPIO X 0.025% 20ML NEBULIZAR (GOTAS)			1		
62	CALCIO CARBONATO X 1500 MG			1		
63	CALCITRIOL 0.25 MCG			1		
64	CALCITRIOL 0.5 MCG			1		
65	CAPTOPRIL X 25 MG			1		
66	CAPTOPRIL X 50 MG.			1		
67	CARBAMAZEPINA 100MG/5ML			1		
68	CARBAMAZEPINA X 200 MG			1		
69	CARBIDOPA +LEVODOPA TAB 25MG/250 MG			1		
70	CARBON ACTIVADO			1		
71	CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D 1500 MG			1		
72	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 0.5%			1		
73	CARVEDILOL X 12,5 MG.			1		
74	CARVEDILOL X 25 MG.			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
75	CARVEDILOL X 6.25 MG TABLETAS			1		
76	CEFALEXINA X 250 MG/5ML SUSPENSIÓN 60 ML			1		
77	CEFALEXINA X 500 MG TABLETA			1		
78	CEFALOTINA 1 GR X POLVO ML			1		
79	CEFEPIMA AMP X 1 G			1		
80	CEFRADINA X 500 MG TABLETA			1		
81	CEFTRIAXONA X 1 G			1		
82	CIANOCOBALAMINA 1 MG/ML - VITAMINA B12 AMP			1		
83	CIPROFLOXACINO AMP. X 100 MG/ 10ML			1		
84	CIPROFLOXACINO TAB. X 500 MG			1		
85	CLARITROMICINA 250MG/5ML SUSPENSIÓN			1		
86	CLEMASTINA DE 1 MG. AMPOLLA			1		
87	CLINDAMICINAX 600 MG/4ML			1		
88	CLONAZEPAM 2,5MG			1		
89	CLONAZEPAM X 0.5MG			1		
90	CLONAZEPAM X 2 MG.			1		
91	CLONIDINA X 0.150 MG			1		
92	CLOPIDOGREL X 75 MG TABLETAS			1		
93	CLORFENIRAMINA - JARABE 2MG /5ML			1		
94	CLORFENIRAMINA X 4 MG			1		
95	CLOROQUINA FOSFATO X 250 MG			1		
96	CLORURO DE POTASIO 2MG X 10 ML KATROL			1		
97	CLORURO DE SODIO 0.9% X 100 ML. BAXTER *NETO			1		
98	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 ML BAXTER *NETO			1		
99	CLORURO DE SODIO AL 0.9%			1		
100	CLORURO DE SODIO X 2 MEQ/ML-10 ML NATROL			1		
101	CLOTRIMAZOL (CREMA TOPICA) 1% 40 GR			1		
102	CLOTRIMAZOL CREMA (VAGINAL) 1% 40 GR			1		
103	CLOTRIMAZOL TABLETA VAGINAL X100 MG (OVULOS)			1		
104	CLOZAPINA X 100 MG			1		
105	CLOZAPINA X 25 MG TABLETA			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
106	COLCHICINA X 0,5 MG			1		
107	COLESTIRAMINA DE 4 MG POLVO			1		
108	COLISTINA+ CORTICOIDE+NEOMICINA GOTAS OF (FIXAMICIN)			1		
109	COMPLEJO B - AMP X 10 ML			1		
110	COMPLEJO B TABLETAS			1		
111	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA-5 ML			1		
112	CROMOGLICATO DE SODIO AL 2% NASAL			1		
113	CROMOGLICATO DE SODIO AL 4% NASAL			1		
114	CROMOGLICATO DE SODIO -GOT 4% OFTALMICO			1		
115	CROMOGLICATO DE SODIO -GOT OFT 2% OFTALMICO			1		
116	CROTAMITON LOCIÓN 10% X 60 ML			1		
117	DEXAMETASONA X 4MG 1ML			1		
118	DEXAMETASONA X 8MG/ 2ML			1		
119	DEXTROSA AL 10% X 500 ML			1		
120	DEXTROSA AL 5% X 500 ML			1		
121	DIAZEPAM X 10 MG/2ML			1		
122	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG TAB.			1		
123	DICLOFENACO X 75 MG.			1		
124	DICLOXACILINA SUSP X 250 MG /5ML			1		
125	DICLOXACILINA X 500 MG			1		
126	DIHIDROCODEINA - JARABE 12,1MG/5ML			1		
127	DIMENHINDRINATO X 50 MG			1		
128	DIPIRONA MAGNESICA 2 G/5ML			1		
129	DIPIRONA X 1 G/2ML AMPOLLA			1		
130	DOPAMINA X 200MG /5ML			1		
131	DOXICICLINA X 100 GR			1		
132	ENALAPRIL X 20 MG			1		
133	ENALAPRIL X 5 MG			1		
134	ENOXAPARINA 40 MG/4.0ML- AMPOLLA			1		
135	ERGOTAMINA+CAFEINA			1		
136	ERITROMICINA TAB X 500 MG			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
137	ERITROMICINA X 250 MG/5ML (SUSPENSION)			1		
138	ESOMEPRAZOL TAB 40 MG			1		
139	ESPIRAMICINA 3.000.000 UI			1		
140	ESPIRONOLACTONA X 100MG			1		
141	ESPIRONOLACTONA X 25 MG			1		
142	ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA VAGINAL			1		
143	FENITOINA SODICA AMP. X 250 MG			1		
144	FENITOINA SÓDICA X 100 MG			1		
145	FENITOINA SUSP X 240 ML EPAMIN			1		
146	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) (ADULTO) 10 MG 1ML SOLUCIÓN INYECTABLE			1		
147	FITOMENADIONA (VITAMINA K1)- PEDIÁTRICA 1MG - AMP. X 0.2ML KONAKION			1		
148	FITOSTIMULINE - (CREMA)			1		
149	FLUCONAZOL X 200 MG			1		
150	FLUNARIZINA 10 MG			1		
151	FLUOROMETALONA 1.0% SOL OFT			1		
152	FLUOXETINA X 20 MG			1		
153	FOLICO ACIDO X 1GR			1		
154	FUROSEMIDA AMP X20 MG			1		
155	FUROSEMIDA TAB X 40 MG			1		
156	GEMFIBROZILO X 600 MG			1		
157	GENTAMICINA 0.3% GOTAS OFTALMICAS			1		
158	GENTAMICINA 160 MG / 2 ML AMPOLLA			1		
159	GENTAMICINA CREMA TÓPICA AL 0.1% TUBO			1		
160	GENTAMICINA X 80 MG/2ML			1		
161	GLIBENCLAMIDA X 5 MG-			1		
162	GLICERINA CARBONATADA GOTAS OTICAS			1		
163	GLUCONATO DE CALCIO X 10%			1		
164	HALOPERIDOL 5 MG TABLETAS			1		
165	HALOPERIDOL GOTAS X2 MG/1ML			1		
166	HALOPERIDOL X 5 MG AMP			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
167	HEBERMIN TUBO X 20GR CREMA TOPICA			1		
168	HEPARINA 5000UI			1		
169	HIDROCLOROTIAZIDA X 25 MG			1		
170	HIDROCORTISONA 1% (CREMA) 15 GR (TOPICA)			1		
171	HIDROCORTISONA X 100 MG - AMP.			1		
172	HIDROXICINA X 25 MG			1		
173	HIDROXIDO DE ALUMINIO 4% MAGNESICO 4% SIMETICONA 0.4%			1		
174	HIOSCINA BUTIL-BROMURO X 10MG TABLETAS			1		
175	HIOSCINA N BUTIL BROMURO + DAPIRONA COMPUESTA MG-2.5G/5ML			1		
176	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO AMP X20 MG/ML SIMPLE			1		
177	IBUPROFENO X 400 MG			1		
178	IMIPRAMINA 25MG TAB			1		
179	INSULINA CRISTALINA R 80-100 UI X 10 ML -			1		
180	INSULINA DETEMIR 100 UI/3ML(LEVEMIR)			1		
181	INSULINA GLARGINA (LANTUS) LAPICERO			1		
182	INSULINA GLULISINA LAPICERO			1		
183	INSULINA HUMANA NPH POR 100 UI X 10 ML			1		
184	IRUXOL 40 G. CREMA			1		
185	ISOSORBIDE DINITRATO X 5 MG			1		
186	ISOSORBIDE DINITRATO X10MG			1		
187	IVERMECTINA 0.6% GOTAS			1		
188	KETOCONAZOL X 200 MG			1		
189	KETOTIFENO 1 MG			1		
190	KETOTIFENO 100 ML JARABE			1		
191	LABETALOL 100MG/20ML			1		
192	LACTATO RINGER -HARMAN			1		
193	LÁGRIMAS ARTIFICIALES - GOTAS OFT.			1		
194	LAMIVUDINA 10 MG/ML/240ML SUSPENSION			1		
195	LATANOPROST FCO X 2.5ML - GOTAS OFT.			1		
196	LEVETIRACETAM 500 MG			1		
197	LEVOMEPRMAZINA GOTAS X 4% 20 ML.			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
198	LEVOMEPRMAZINA X 100 MG - TAB.			1		
199	LEVOMEPRMAZINA X 25MG.			1		
200	LEVONORGESTREL 0,75 MG (POST-DAY)			1		
201	LEVONORGESTREL 150MCP+ ETINILESTRADIOL 30MCG-TABLETAS			1		
202	LEVOTIROXINA SÓDICA X 100 MCG			1		
203	LEVOTIROXINA SÓDICA X 75 MCG			1		
204	LEVOTIROXINA X 50 MGS			1		
205	LIDOCAINA + HIDROCORTISONA TUBO 10G UNGÜENTO			1		
206	LIDOCAINA 2% TUBO TÓPICO JALEA			1		
207	LIDOCAINA 5% TUBO X10 G POMADA TOPICA			1		
208	LIDOCAINA AL 2% FRASCO INYECTABLE X 50 ML			1		
209	LINCOMICINA X 600 MG/2ML			1		
210	LOPERAMIDA X 2MG			1		
211	LORATADINA X 10 MG TAB.			1		
212	LORATADINA X 100- (JARABE)			1		
213	LORAZEPAM X 2 MG. TAB.			1		
214	LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA 50MG + 12,5 MG			1		
215	LOSARTAN POTASIO X 100 MG			1		
216	LOSARTAN X 50 MG			1		
217	LOVASTATINA X 20 MG			1		
218	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 25 MG + CIPIONATO DE ESTRADIOL 5 MG AMPOLLA (MENSUAL)			1		
219	MEDROXIPROGESTERONA DEPOTRIM 150MG. (3 MESES)			1		
220	MEDROXIPROGESTERONA X 5 MG TABLETA			1		
221	METFORMINA X 850 MG -			1		
222	METILLERGOMETRINA MALEATO X 0.2/1ML - AMPOLLA			1		
223	METIMAZOL X5 MG			1		
224	METOCARBAMOL X 750 MG TAB.			1		
225	METOCLOPRAMIDA 10 MG - AMP/2 ML			1		
226	METOCLOPRAMIDA 10 MG - TAB.			1		
227	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML GOTAS PEDIÁTRICAS 30 ML			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
228	METOPROLOL AMPOLLA 5 MG/ML			1		
229	METOPROLOL X 100 MG			1		
230	METOPROLOL X50 MG			1		
231	METOTREXATO 2.5MG			1		
232	METRONIDAZOL X 250 MG /5ML 120 ML - SUSPENSIÓN			1		
233	METRONIDAZOL X 500 MG - OVULOS			1		
234	METRONIDAZOL X 500 MG - TABLETAS			1		
235	MIDAZOLAM (DORMICUM) 15 MG/3ML			1		
236	MISOPROSTOL TAB X 200 MG CITYL			1		
237	NAFAZOLINA CLORHIDRATO 0.05% SOLUCION OFTALM 15ML			1		
238	NAPROXENO X 250 MG.			1		
239	NAPROXENO X 80 ML SUSPEN X 3%			1		
240	NEOMICINA, POLIMIXINA B, BETAMETASONA, LIDOCAÍNA GOTAS OTICAS X 8 ML			1		
241	NIFEDIPINO RETARD X 30 MG TAB.			1		
242	NIFEDIPINO X 10MG			1		
243	NIMODIPINO X 30 MG - TAB.			1		
244	NISTATINA + OXIDO DE ZINC 30 GR			1		
245	NISTATINA 60 ML SUSPENSIÓN ORAL			1		
246	NITROFURANTOINA X 100 MG -			1		
247	NITROFUZAZONA X 40 GRS POMADA			1		
248	NORFLOXACINA X 400 MG			1		
249	OLANZAPINA X 10MG.			1		
250	OLANZAPINA X 5MG.			1		
251	OMEPRAZOL AMPOLLA 40 MG			1		
252	OMEPRAZOL X 20 MG.			1		
253	OXACILINA X 1 GR.- AMP -			1		
254	OXCARBAZEPINA 300MG/5ML SUSP ORAL			1		
255	OXIMETAZOLINA 0,025% - NASAL PEDIATRICO			1		
256	OXIMETAZOLINA 0,05% - NASAL ADULTO			1		
257	OXITOCINA X 10 MG			1		
258	PAMOATO DE PIRANTEL 250 MG/5ML SUSPENSIÓN 15 ML			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
259	PAMOATO DE PIRANTEL TABLETAS X 250 MG			1		
260	PENICILINA CRISTALINA X 5.000.000 UI			1		
261	PENICILINA G PROCAÍNICA X 400.000 U.I			1		
262	PENICILINA G PROCAÍNICA X 800.000 U.I			1		
263	PENICILINA G SODICA X 1,000,000UI			1		
264	PENICILINA G. BENZATINICA X 1.200.000 U.I.			1		
265	PENICILINA G. BENZATÍNICA X 2.400.000			1		
266	PENTOXIFILINA X 400 MG			1		
267	PIPOTIAZIDA 25MG/ML			1		
268	PRAZOSINA X 1 MG			1		
269	PREDNISOLONA X 5 MG			1		
270	PROPRANOLOL X 40 MG			1		
271	PROPRANOLOL X 80 MG			1		
272	QUETIAPINA X 25 MG			1		
273	RANITIDINA X 150 MG			1		
274	RANITIDINA X 50 MG / 2 ML- AMP			1		
275	RANITIDINA X TAB 300 MG			1		
276	RISPERIDONA 1 MG X 20 TAB VITALCHEM EPS			1		
277	RISPERIDONA 37.5MG			1		
278	RIVASTIGMINA PARCHES 9 MG EXELON			1		
279	ROXICAINA SPRAY 80ML			1		
280	SALBUTAMOL (INALADOR- BUCAL) X 200 DOSIS			1		
281	SALBUTAMOL JARABE X 120 ML			1		
282	SALBUTAMOL SOL NEB VENTILAN X 10 ML. GLAXO EPS			1		
283	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL 27.9 G			1		
284	SECNIDAZOL X 500 MG.			1		
285	SERTRALINA 100MG X 10TAB GENFAR EPS			1		
286	SERTRALINA 50 MG TAB.			1		
287	SUCRALFATO X 1 GR			1		
288	SUERO FISIOLÓGICO NASAL X30 ML			1		
289	SULFADIAZINA DE PLATA AL 1% 30 G (CREMA)			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
290	SULFASALAZINA 500 MG			1		
291	SULFATO DE MAGNESIO 20% SOLUCIÓN INYECTABLE 10 ML			1		
292	SULFATO DE ZINC JARABE			1		
293	SULFATO FERROSO 300MG X 500 TA ECAR EPS			1		
294	SULFATO FERROSO JARABE			1		
295	SULFATO FERROSO X 200 MG			1		
296	SULFATO FERROSO X 20ML GOTAS			1		
297	TECLOZAN X 500 MG - TAB.			1		
298	TEOFILINA RETAR 125 MG CAPSULA			1		
299	TEOFILINA X 300 MG			1		
300	TERBUTALINA 1% GOTAS PARA NEBULIZAR			1		
301	TERBUTALINA AMP 0,5 -			1		
302	TERRAMICINA (UNGÜENTO) OFTALMICO X10 GR			1		
303	TERRAMICINA UNGUENTO TOPICO			1		
304	TIAMINA 100 MG/ML			1		
305	TIAMINA X 300 MG			1		
306	TIMOLOL GOTAS FTÁLMICAS 0,5 %			1		
307	TINIDAZOL X 500 MG			1		
308	TOBRAMICINA GOTAS OFTÁLMICAS			1		
309	TRAMADOL X 10 MG (GOTAS)			1		
310	TRAMADOL X 100 MG / 2 ML			1		
311	TRAMADOL X 50 MG/ML AMPOLLA X 1 ML			1		
312	TRAZODONA X 50 MG - TAB.			1		
313	TRIMEBUTINA 200 MG			1		
314	TRIMETROPIN SULFA 40/200 MG -X 60 ML - SUSPENSIÓN			1		
315	TRIMETROPIN SULFA X 160X800 MG			1		
316	TRIMETROPIN SULFA X 80X400 MG			1		
317	VACUNA ANTITETÁNICA 0.5 ML			1		
318	VASOPRESINA 20UI			1		
319	VERAPAMILO 80 MG - TAB.			1		
320	VITAMINA A X 50.000 UI			1		
321	VITAMINA E 400 UI.			1		

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACIÓN	MARCA	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
322	WARFARINA X 5 MG			1		
323	ZIDOVDINA 10 MG/ML			1		
324	ZIDOVDINA 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG			1		

Adicionalmente que mi propuesta de forma de pago queda establecida así:

FORMA DE PAGO: La ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN, pagará al CONTRATISTA así: EL HOSPITAL reconocerá al CONTRATISTA los valores que correspondan según facturas radicadas, previa verificación y certificación del cumplimiento y conciliación y verificación de los bienes suministrados con sus respectivos soportes, como constancia de esto, el Supervisor Designado expedirá el correspondiente Certificado de Supervisión y Recibo a Satisfacción, una vez cumplido el objeto y obligaciones contractuales. Los pagos se realizarán en un plazo establecido por las partes en un periodo máximo de SEGÚN PROPUESTA OFERENTE (XXXX) meses según disponibilidad de caja.

FIRMA DEL PROPONENTE

NIT, CC, TELEFONO, DIRECCION, REP. LEGAL, CC REP. LEGAL