

Contratación Santander, 15 de Junio de 2018.

**INVITACION GCI No.047**

**Señor:**

**JAIRO PEDRAZA ESTUPIÑAN**

**DIAGNOSTIMEDICOS Y DROGAS S.A.S**

Calle 19 número 20-16 – San Francisco

Bucaramanga Santander.

Teléfono: 097-6451543

E-mail: [gerencia@diagnostimedicos.com](mailto:gerencia@diagnostimedicos.com)

**Asunto:** Invitación a presentar Propuesta.

EL SANATORIO DE CONTRATACION E.S.E., con NIT 890.205.335-2, en cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo segundo del artículo 31 del Acuerdo de Junta Directiva No. 06 de 26 de agosto de 2014 “Por el cual se adopta el manual de contratación del Sanatorio de Contratación Empresa Social del Estado”, lo invita a presentar propuesta para la **“COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA EL SERVICIO FARMACEUTICO QUE GARANTICEN EL SUMINISTRO OPORTUNO A USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LOS DIFERENTES REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y ENFERMOS DE HANSEN Y RESIDENTES EN LOS ALBERGUES SAN JUAN BOSCO Y MARIA MAZARELO”**.

Para la elaboración de la Propuesta le remito copia de los estudios y documentos previos correspondientes, documento que contiene los requerimientos exigidos por la entidad para la celebración del contrato, los cuales se indican en el siguiente cuadro:

DOCUMENTO Y/O REQUISITO	APLICA	NO APLICA
Carta de presentación de la oferta (anexo 01)	X	
Cuadro de costos y cantidades (anexo 2)	X	
Copia de Cedula de Ciudadanía del proponente y/o representante legal	X	
Prueba de definición de situación militar	X	
Certificado de antecedentes disciplinarios de la PGN.	X	
Certificado de antecedentes fiscales de la CGR.	X	
Certificado de antecedentes judiciales de la policía Nacional.	X	
Registro Único Tributario - RUT	X	
Matricula y/o Registro mercantil	X	
Certificación de afiliación al sistema general de seguridad social	X	

(salud y pensiones) o planillas del mes inmediatamente anterior o declaración juramentada de cumplimiento de las obligaciones al sistema general de seguridad social y parafiscales		
Documentos que acrediten experiencia en actividades y/o suministro - venta y/u obras iguales o similares al objeto a contratar (a) certificaciones; b) facturas de venta con requisitos de ley; c) copia de contratos con actas de recibido o liquidación; c) RUP.	<b>X</b>	

La propuesta deberá ser presentada en la Oficina de Procedimientos Contractuales del Sanatorio de Contratación E.S.E., antes de las 09:00 A.M. del día dieciocho (18) de Junio de Dos Mil Dieciocho (2.018), personalmente o a través de fax a la calle 3 No.2 – 72 de Contratación (Sder), código postal 68307.1, telefax (097) 7 171110, Conmutador (097) 7 171200 extensión 121, o al correo electrónico: [pcontractuales@sanatoriocontratacion.gov.co](mailto:pcontractuales@sanatoriocontratacion.gov.co).

Cordialmente,

**(ORIGINAL FIRMADO)**  
**MIGUEL ANGEL JIMENEZ ESCOBAR**  
Gerente Sanatorio de Contratación E.S.E.

## ANEXO 01 – CARTA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

Fecha y ciudad

Señores  
SANATORIO DE CONTRATACION E.S.E.  
Contratación – Santander.

Referencia: Invitación directa a presentar oferta.

**Objeto: “COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA EL SERVICIO FARMACEUTICO QUE GARANTICEN EL SUMINISTRO OPORTUNO A USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LOS DIFERENTES REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y ENFERMOS DE HANSEN Y RESIDENTES EN LOS ALBERGUES SAN JUAN BOSCO Y MARÍA MAZARELLO.”**

\_\_\_\_\_ con NIT \_\_\_\_\_ Representada legalmente por \_\_\_\_\_ identificado con al cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con domicilio en la ciudad de \_\_\_\_\_ se permite someter a consideración del SANATORIO DE CONTRATACION E.S.E., la oferta, para: el objeto de la referencia, en un todo de acuerdo con lo establecido en este documento y con los valores indicados en la propuesta adjunta.

Así mismo, el suscrito declara:

\_\_\_\_\_ con NIT \_\_\_\_\_ Representada legalmente por \_\_\_\_\_ identificado con la cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en caso de salir favorecido con la adjudicación de la invitación, será quien celebre el contrato con EL SANATORIO DE CONTRATACION E.S.E., bajo su exclusiva responsabilidad.

Que he leído cuidadosamente los documentos de esta invitación y acepto todos los requisitos prescritos en ella.

Que he revisado detenidamente la propuesta y considero que está exenta de errores.

Que renuncio a cualquier reclamo por ignorancia o interpretación errónea de los documentos de esta invitación.

Que el plazo para la ejecución del contrato es de \_\_\_\_\_ contados a partir del evento o eventos previstos en las condiciones de contratación de La invitación.

Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta oferta son veraces, y autorizo al SANATORIO DE CONTRATACION E.S.E., a confirmar la autenticidad de los mismos.

Que el valor de la propuesta es \_\_\_\_ (letras y números)

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Art. 172 del Código Penal:

Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no me encuentre en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Que no he sido sancionado por ninguna Entidad Oficial, mediante acto administrativo ejecutoriado dentro de los últimos tres (3) años anteriores a la entrega de las propuestas.

Que el PROPONENTE, se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, a la fecha de iniciación del plazo de presentación de las propuestas.

Atentamente,

---

Firma  
Dirección  
Teléfono  
Email:  
Fax:

### ANEXO 02 – OFERTA ECONOMICA

ITEM	DESCRIPCION	PRESENT	V/R UNIT	CANT	V/TOTAL
1	ACETAMINOFEN TAB X 500 MG	TABLETA	\$	3.000	\$
2	ACIDO ACETIL SALICÍLICO X 100 MG TABLETAS	TABLETA	\$	3.600	\$
3	ALBENDAZOL TAB X 200 MG.	TABLETA	\$	300	\$
4	AMIODARONA X 200 MG	TABLETA	\$	300	\$
5	AMLODIPINO X 5MG	TABLETA	\$	1.200	\$
6	ATORVASTATINA X 20 MG	TABLETA	\$	1.500	\$
7	BECLOMETASONA INHALADOR. MG X 250 BUCAL	FCO INH	\$	20	\$
8	BETAMETASONA (CREMA TOPICA) 0.1% X40 GR	TUBO X40G	\$	20	\$
9	BETAMETASONA+CLOTRIMAZOL+NEOMI CINAX 40 G (TRICONJUGADA)	TUBO X 40	\$	80	\$
10	BROMURO DE IPRATROPIO (HINALADOR BUCAL) 20UG 0.02MG/(CIPLATROPIUN) 200 DOSIS	FCO INH	\$	20	\$
11	BROMURO DE IPRATROPIO X 0.025% 20ML (ATROVENT) NEBULIZAR (GOTAS)	FRASCO	\$	2	\$
12	CARVEDIOL X 6.25 MG TABLETAS	TABLETA	\$	600	\$
13	CIPROFLOXACINO AMP. X 100 MG/ 10ML	AMPOLLA	\$	30	\$
14	CLOPIDOGREL X 75 MG TABLETAS	TABLETA	\$	280	\$
15	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMICINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA-5ML WASSTROL	FRASCO	\$	15	\$
16	DICLOFENACO X 75 MG.	AMPOLLA	\$	50	\$
17	DIPIRONA MAGNESICA 2 G/5ML	AMPOLLA	\$	30	\$
18	DOXICICLINA X 100 GR	TABLETA	\$	200	\$
19	ENALAPRIL X 20 MG	TABLETA	\$	500	\$
20	ENALAPRIL X 5 MG	TABLETA	\$	200	\$
21	ENOXAPARINA 40 MG/4.0ML- AMPOLLA	AMPOLA	\$	20	\$
22	ERGOTAMINA+CAFEINA (FENCAFEN)- TABLETAS	TABLETA	\$	500	\$
23	ERITROMICINA TAB X 500 MG	TABLETA	\$	200	\$
24	ESOMEPRAZOL TAB 40 MG	TABLETA	\$	300	\$
25	FENITOINA SÓDICA X 100 MG	TABLETA	\$	300	\$
26	FUROSEMIDA TAB X 40 MG	TABLETA	\$	900	\$
27	GLIBENCLAMIDA X 5 MG-	TABLETA	\$	600	\$
28	HEBERMIN TUBO X 20GR CREMA TOPICA	TUBO X20G	\$	10	\$
29	HIDROCLOROTIAZIDA X 25 MG	TABLETA	\$	1.500	\$
30	HIDROCORTISONA 1% (CREMA) 15 GR (TOPICA)	TUBO X15G	\$	15	\$
31	INSULINA HUMANA NPH POR 100UI X 10 ML	AMPOLLA	\$	10	\$

32	INSULINA GLARGINA ( LANTUS ) LAPICERO	AMPOLLA	\$	30	\$
33	IRUXOL 40 G. CREMA	TUBO x40g	\$	7	\$
34	LEVONORGESTREL 150MCP+ ETINILESTRADIOL 30MCG- TABLETAS	TABLETA	\$	2.100	\$
35	LEVOTIROXINA SÓDICA X 100 MCG	TABLETA	\$	300	\$
36	LEVOTIROXINA X 50 MGS	TABLETA	\$	600	\$
37	LORATADINA X 10 MG TAB.	TABLETA	\$	300	\$
38	LOSARTAN POTASIO X 100 MG	TABLETA	\$	280	\$
39	LOSARTAN X 50 MG	TABLETA	\$	6.300	\$
40	MEDROXIPROGESTERONA DEPOTRIM 150MG. (3 MESES)	AMPOLLA	\$	24	\$
41	METFORMINA X 850 MG -	TABLETA	\$	1.800	\$
42	METOPROLOL X50 MG	TABLETA	\$	600	\$
43	NAPROXENO X 250 MG.	TABLETA	\$	300	\$
44	PREDNISOLONA X 5 MG	TABLETA	\$	200	\$
45	PROPRANOLOL X 40 MG	TABLETA	\$	300	\$
46	QUETIAPINA X 25 MG	TABLETA	\$	300	\$
47	SALBUTAMOL (INALADOR- BUCAL) X 200 DOSIS	FCO INH	\$	10	\$
48	SUCRALFATO X 1 GR -TAB -	TABLETA	\$	400	\$
49	SULFATO FERROSO JARABE	FRASCOX1 20ML	\$	10	\$
50	TERRAMICINA UNGUENTO TOPICO	TUBOX30 G	\$	15	\$
51	TIAMINA X 300 MG - TAB.	TABLETA	\$	600	\$
52	TRAMADOL X 10 MG (GOTAS)	FRASCO	\$	8	\$
53	VACUNA ANTITETÁNICA 0.5 ML	AMPOLLA	\$	15	\$
54	WARFARINA X 5 MG TABLETAS	TABLETA	\$	250	\$
					\$

Atentamente,

---

Firma  
Dirección  
Teléfono  
Email:  
Fax: