FORMATO NECESIDAD DE ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS
GABS-ADQ-FO-03, Versión 1
GESTION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Unidad Gestora:	ALMACEN GENERAL
Fecha:	DD 13 MM 06 AA 2022 — REQ 488 13/06/2022

Descripción Necesidad	La **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**, fue creada mediante el Decreto Departamental 025 de 2005, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrito a la Secretaría de Salud Departamental. Con el objeto de prestar servicios de salud de segundo, tercer nivel y alta complejidad, entendido como un servicio público a cargo del Departamento y como parte del sistema de seguridad social en salud. Además como un campo de práctica de docencia asistencial de la Facultad de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Siendo la ESE HUS una Entidad pública se hace necesario asegurar el cumplimiento de los fines esenciales del estado, a quien le corresponde organizar, dirigir, reglamentar la prestación del servicio de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad, igualdad y solidaridad y según lo estipula la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 donde establece que la atención de la salud es servicio público a cargo del estado, donde se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud, promoción, protección y recuperación de la salud. Para dar cumplimiento al referido objeto, la ESE HUS garantiza la atención oportuna y eficiente a los usuarios de la institución en razón a los diferentes servicios prestados; ofreciendo una mejor cobertura en salud a la población y mayor calidad de vida, para lo que ha diseñado una serie de formatos institucionales, los cuales son utilizados para el diligenciamiento de información en los diferentes servicios asistenciales y administrativos de la entidad, al igual que material didáctico (afiches, agendas, pendones, pines metálicos, entre otros) necesario para el proceso de Acreditación de la institución.
Justificación	Por lo anterior y teniendo en cuenta que la ESE HUS no posee una litografía para elaborar los formatos impresos y el material didáctico aquí descritos, se hace necesario la presentación del requerimiento simple para el suministro de material litográfico que incluye la elaboración de papelería impresa y material de apoyo, a fin de garantizar un stock que contribuya a la prestación del servicio médico asistencial de la ESE HUS, permitiendo una atención oportuna y continua para beneficio de la comunidad en general y el normal desarrollo de los procesos misionales y administrativos de la institución. El material descrito en el presente requerimiento corresponde a fichas o muestras debidamente aprobadas por la ESE HUS. De otra parte, es relevante resaltar que el hecho de no materializarse la contratación de estos insumos se afecta la prestación de los servicios médicos y asistenciales.
Objeto	**SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS**
Descripción Especificaciones Técnicas	Se deberá garantizar que los materiales de litografía a suministrar sean reciclables y de baja carga contaminante y deben cumplir las siguientes especificaciones:

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
3	TARJETA MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADA. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, Impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERÍA ADULTOS / PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, Impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
29	FORMATO AUTOEXCLUSION Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
35	FORMATO HOJA DE GASTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO – SIAU - Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
55	FORMATO PRESTAMO DE EQUIPOS BIOMEDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTOS DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA – Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
66	FORMATO RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.
67	**CHUSPAS INSTITUCIONALES.** **Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).**
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.
69	**CARPETAS HISTORIA CLINICA** **Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.**
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en circulos para sello de sobres
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio Impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta Impreso a una cara, a una tinta, Unidad.

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
76	**CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND.** Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.
77	**CARTILLA EN PROPALCOTE** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
78	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
79	**CARTILLA EN OPALINA** Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)
80	**CARNÉT.** Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).
81	**CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA.** Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
82	**CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS.** Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina bristol, según modelo dado por la ESE HUS.
83	**CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO.** Descripción: En cartulina bristol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
84	**VOLANTES A UNA TINTA.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)
85	**VOLANTES A FULL COLOR.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)
86	**PLEGABLES.** Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)
87	**MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA** Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
88	**MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS** Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
89	**AFICHES** Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)
90	**MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS.** Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)
91	**LIBRETA TIPO CONGRESO** Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
92	**BOTÓN CON PIN METÁLICO** Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)
93	**LIBRETA TIPO CUADERNO** Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
94	**BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA** Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)
95	**TACOS DE PAPEL BOND.** Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad
96	**CINTAS PARA PORTAR EL CARNET** Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.
97	**PORTA CARNET** Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).
98	**LAPICERO.** Descripción: Lapicero retráctil con Logos HUS – Acreditación cuerpo en cartón Unidad (1)
99	**LLAVERO** Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)
100	**PENDONES.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)
101	**CARTELERAS EN MDF.** Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)
102	**PENDONES TIPO ARAÑA.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

	103	**PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS.** Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.
	104	**CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.
	105	**AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS Impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.
	106	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA** Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
		Los Ítems que son de adhesivos, tarjetas, cartulina o bond 90, o bond 115 gramos deberán ser entregados en empaques de 100 unidades cada uno. ***Los ítems 67 y 69, no se adjunta modelo porque serán solicitados al proveedor según pautas determinadas por la ESE HUS.*** ***Los Ítems que sean de papel Bond o periódicos deberán ser entregados de 100 hojas cada uno.*** ***Del ítem 76 al 106 no se adjuntan modelos teniendo en cuenta que le serán solicitados al proveedor según pautas, contenidos y parámetros requeridos en determinado momento por las diferentes áreas de la ESE HUS.***
Descripción Obligaciones		1. Suministrar para el Hospital el servicio de litografía, dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de realizada la solicitud. 2. Realizar el trabajo litográfico conforme a los archivos, modelos y formatos en la cantidad que se le indique acorde a cada necesidad requerida. 3. El proveedor debe determinar y mantener tanto la infraestructura como el personal técnico, operativo y administrativo pertinente y necesarios para el óptimo desarrollo del objeto del presente requerimiento. 4. El proveedor deberá realizar un modelo previo a la impresión total de los formatos de papelería y presentarlo al supervisor del contrato. 5. Permitir al supervisor, la revisión previa de los documentos y material en general, concernientes con el contrato. 6. El proveedor realizará los cambios que sean necesarios cuando el producto presente defectos o roturas, el cambio se debe realizar dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de observación del hecho. 7. Garantizar el bien que se va a contratar en calidad acorde con las especificaciones técnicas solicitadas por el supervisor del contrato 8. Entregar las cantidades de formatos de papelería en las fechas concertadas entre el contratista y el supervisor del contrato 9. Realizar cambios de los formatos de papelería que no cumplan los requerimientos técnicos solicitados por el supervisor del contrato. 10. El contratista asume los costos directos e indirectos, así como impuestos, gastos de transporte entre otros que se generen en esta contratación. 11. Los riesgos y las eventualidades que pueden ocurrir será responsabilidad del contratista, quien deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar la entrega oportuna y en óptimas condiciones. 12. El requerimiento se realizará por sistema de bolsa hasta agotar presupuesto. 13. Todos los materiales, elementos e insumos a suministrar en el desarrollo del contrato deben ser empacados en forma adecuada, para lo cual deben emplearse las mejores prácticas de preservación y protección contra la

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

5

	humedad, la corrosión, entre otros, al igual cumplir con las demás exigencias adicionales que le haga la entidad en cuanto al empaque y embarque de los mismos. **14.** Cada entrega a realizar en el área de almacén deberá efectuarse soportada por medio de remisión y/o solicitud realizada con su correspondiente factura. **15.** **Mantener los precios ofertados durante la ejecución del contrato.** **16.** Cumplir y presentar con la respectiva factura, la planilla de pago o certificado (cuando a ello haya lugar, expedido por el revisor fiscal o por el representante legal) que acredite el último 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, de acuerdo con los requerimientos de Ley. **17.** Es responsabilidad del contratista proveer de los elementos de protección personal al personal a cargo (tapa bocas, guantes, botas, gafas, etc.), necesarios durante su permanencia en la ESE HUS **18.** Informar de forma inmediata al supervisor del contrato de cualquier anomalía o variación de insumos en el mercado que se presente durante la ejecución del mismo, por medio de oficio respectivamente. **19.** El proveedor deberá garantizar que los insumos utilizados sean reciclables y de baja carga contaminante. **20.** Designar una persona de la empresa debidamente facultada para resolver de forma inmediata cualquier inquietud y/o inconveniente que se presente dentro de la ejecución del contrato; para ello deberá entrar en contacto con el supervisor del contrato. **21.** Se debe establecer las correspondientes pólizas de garantía calidad y cumplimiento requeridos en los estudios previos requeridos por la oficina de jurídica de la ESE HUS. **22.** Todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del mismo.

Plazo	El contrato tendrá un plazo de ejecución contados a partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 30 de Diciembre de 2022	**Lugar de Ejecución**	Bucaramanga, Hospital Universitario de Santander, ubicado en la Carrera 33 número 28-126.
Valor Sugerido	**Requerimiento por el sistema de bolsa hasta agotar presupuesto.** **VALOR TOTAL: CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS MCTE. ($108.000.000).**		

JUSTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE SELECCIÓN QUE PERMITAN IDENTIFICAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

- ✓ El proponente acreditará que los bienes o insumos ofrecidos cumplen con las especificaciones técnicas mínimas excluyentes exigidas en la descripción de las especificaciones técnicas del presente requerimiento.
- ✓ El Proponente deberá presentar certificación de parte del fabricante o distribuidor de los productos ofertados donde garantice que los insumos sean reciclables y de baja carga contaminante.

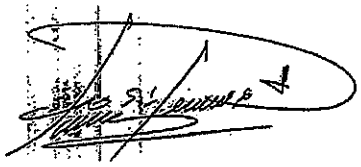
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ESE HUS VISADO

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS.

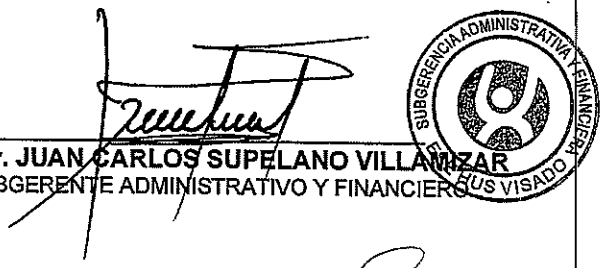
- ✓ El Proponente deberá presentar certificación de parte del fabricante o distribuidor de los productos ofertados donde garantice que los insumos sean reciclables y de baja carga contaminante.

PARAMETROS A CALIFICAR

- ✓ Jurídicos, técnicos y financieros que serán establecidos en los estudios y documentos previos.



Ing. FABIO EDUARDO HERRERA D.
PROFESIONAL UNIV. ALMACENISTA GENERAL



Dr. JUAN CARLOS SUPELANO VILLAMIZAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

JUAN CARLOS NIÑO REY
PROFESIONAL APOYO A LA GERENCIA

SOLICITUD DE CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL GFI-PRE-FO-02, Versión 3 GESTIÓN DE FINANCIERA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA	
DIRIGIDO A:	*Dra. Ofelmina Delgado - Profesional Universitario Presupuesto.*
VALOR:	**CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS MCTE. ($108.000.000).**
OBJETO:	**SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS.**
SOLICITANTE:	*ING. FABIO EDUARDO HERRERA D.* *PROFESIONAL UNIVERSITARIO ALMACÉN GENERAL* *DR. JUAN CARLOS SUPELANO VILLAMIZAR* *SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO*
UNIDAD GESTORA:	*ALMACÉN GENERAL.*
VIGENCIA:	2022
FIRMA DEL ORDENADOR DEL GASTO:	EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO GERENTE ESE HUS

Revisó: Dr. JUAN CARLOS SUPELANO VILLAMIZAR
Subgerente Administrativo y Financiero ESE HUS
ESE HUS

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
ESE HUS VISADO

Proyectó: Fabio Eduardo Herrera D.
Profesional universitario
Almacenista General

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

AUTOEXCLUSIÓN
GAT-HEM-FO-23 Versión 3
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

FECHA: DD / MM / AAAA

Nuestro objetivo es brindar sangre de óptima calidad. Usted ya donó sangre o algún componente sanguíneo. Si se sintió obligado a hacerlo por alguna circunstacia, no contestó sinceramente las preguntas por temor o verguenza, si piensa que su sangre puede no ser segura, todavía está a tiempo de evitar un riesgo al paciente que puede recibir esta sangre.

Responda con la verdad: **¡SU RESPUESTA ES CONFIDENCIAL!**

Marque con **X** una de las siguientes opciones:

Pueden utilizar mi sangre, es segura ☐ **NO** utilicen mi sangre, tengo dudas ☐

NOMBRES Y APELLIDOS _____

No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN** _____

FIRMA _____

POR FAVOR ENTREGAR ESTE DOCUMENTO A UN FUNCIONARIO DEL HEMOCENTRO DE SANTANDER

Si después de haber realizado su donación, decide que su sangre no debe ser utilizada para un paciente, por favor infórmenos inmediatamente o dentro de los dos (2) días posteriores a su donación a los teléfonos [097] 6910030 Ext 310/471 o correo electrónico hemocentrodesantander@hus.gov.co, citando el número de su documento de identidad.

AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
GAT-HEM-FO-19 VERSION 2
GESTIÓ DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HEMOCENTRO DE SANTANDER

ESTIMADO PACIENTE

Usted necesita ser transfundido con sangre o sus componentes (Glóbulos rojos, Plasma, Plaquetas, Crioprecipitado y/o Factores de la Coagulación), para tratarle en forma más adecuada su problema de salud.

La sangre o sus componentes que se suministran en nuestra institución han sido analizados realizándose las pruebas de VIH-1 / VIH-2, Hepatitis B, Hepatitis C, Core, HTLV I/II , Chagas y Sífilis con resultados NO REACTIVOS ajustándose a los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, el procedimiento de la transfusión sanguínea nunca está exento de riesgos, ya sea por:

- Problemas técnicos (dolor, hematoma, flebitis, etc.)
- Reacciones adversas (fiebre, rash, hemólisis, hipervolemia, etc.)
- Transmisión de enfermedades infecciosas a pesar de tener resultados negativos (ventana inmunológica).

HABIÉNDOME ENTERADO DE LO ANTERIOR AUTORIZO Y ACEPTO LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

FECHA				
NOMBRES Y APELLIDOS				
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD			FIRMA	
MEDICO TRATANTE				
INFORMANTE				

(Decreto 1571 de 1993, Capítulo V, Artículo 50)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ADX-R-43
		Versión: 0.1
	CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADÁVERES A FAMILIARES Y FUNERARIA	Página: 1 de 1
		Aprobó: Comité de Calidad

FECHA DILIGENCIAMIENTO			HORA
DÍA	MES	AÑO	
DD		AAAA	
Certificado de Defunción Número:		Paz y Salvo Número:	

Yo, _____, Identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, venció de _____ con teléfono número _____ y/o celular número _____, en calidad de _____ certifico que el cuerpo reconocido corresponde a _____, identicado(a) con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____ y autorizo a la Funeraria _____ para que retire su cuerpo, el cual está rotulado y embalado con la lámina de plástico número _____ / bolsa de plástico número _____. En constancia firmo,

_____	_____	_____
Nombre Completo	Firma	Cédula Ciudadanía Número

Índice Derecho

TESTIGOS:

_____	_____	_____
Nombre Funcionario Funeraria	Firma	Carnet Número
_____	_____	_____
Nombre Técnico de Morgue	Firma	Cédula de Ciudadanía No.

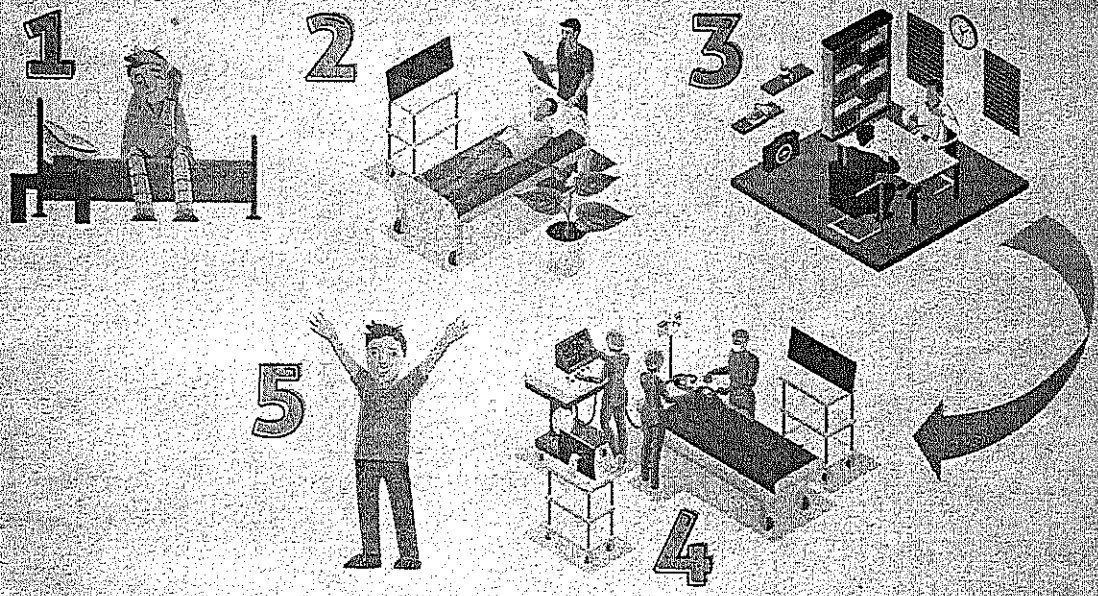
Anexo: Copia Cédula de Ciudadanía

Si la persona que autoriza la autopsia no es familiar debe traer declaración juramentada en notaría donde establezca la ausencia de familiares y su responsabilidad en la autorización de la Autopsia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGÍA PROGRAMADA
GIN-HOS-F0-97, Versión 1
GESTIÓN DE INTERNACIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

➢ **Apoyo Gráfico para el usuario con discapacidad física, cognitiva/intelectual o en caso de asentimiento.**



1. Enfermedad 2. Valoración Médica 3. Indicación de hospitalización y firma del Consentimiento Informado 4. Hospitalización 5. Recuperación.

Una vez leída y discutida la información anterior, manifiesto que he comprendido con claridad la naturaleza de la información y las opciones o alternativas, firmado en constancia.

Nombre del Usuario Documento Nº:	**Firma del Usuario**
Nombre del Representante legal Documento Nº:	**Firma del Representante Legal**
Nombre del Testigo Documento Nº: Teléfono: Dirección: Correo:	**Firma del Testigo**
Nombre del Testigo Documento Nº: Teléfono: Dirección: Correo:	**Firma del Testigo**
Nombre del Profesional Responsable RM:	**Firma del Profesional Responsable**

NOTA: La firma del representante legal se requiere en usuarios menores de edad, usuario con discapacidad física, cognitiva, intelectual o sensorial, y usuarios con alteración del estado de conciencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGÍA PROGRAMADA
GIN-HOS-F0-97, Versión 1
GESTIÓN DE INTERNACIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Otra de las funciones misionales de la institución, es la investigación científica en pro del avance de la ciencia, con el fin de poder realizar esta función misional, y en caso de que la información contenida en su historia clínica se requiera en estas investigaciones, solicitamos su autorización, para acceder a sus datos de identificación, número telefónico, y con esta información contactarlo, presentarle el proyecto de investigación y solicitar el consentimiento para el uso de los datos, Usted puede aceptar o negar esta solicitud puntual sin que esto afecte la atención recibida en la institución.

SI_____ **NO**_____ **ACEPTO** ser contactado con fines de investigación.

DOY CONSTANCIA QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA ESTÁ EN UN LENGUAJE SENCILLO, CLARO Y ENTENDIBLE PARA MI Y HE PODIDO HACER TODAS LAS PREGUNTAS NECESARIAS, LAS CUALES HAN SIDO RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE,

Sé que también tengo derecho a aceptar o rechazar la atención hospitalaria, lo cual se documenta con un asentimiento, consentimiento y/o disentimiento y asumir la responsabilidad que esta decisión conlleve, por lo que exoneraría de ella a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER y al equipo asistencial tratante.

Con base en lo descrito:

SI_____ **NO**_____ **ACEPTO** la hospitalización bajo las condiciones y objetivos propuestos para el estudio y tratamiento así como los riesgos justificados de la práctica clínica requerida para mi diagnóstico, tratamiento y/o recuperación.

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD

Autorizo al personal de salud responsable de mi atención, a suministrar la información sobre mi condición de salud, resultados de exámenes, tratamientos, etc. solamente a las personas que a continuación relacionó:

NOMBRE	DOCUMENTO	PARENTESCO

Quienes adicionalmente, en caso de que mi capacidad de raciocinio y/o toma de decisiones se encuentren afectadas como consecuencia de mi estado de salud, pueden tomar las decisiones pertinentes para aprobar o no la realización de los tratamientos o procedimientos requeridos para la recuperación de la misma, autorizando o desautorizando su realización, lo cual se documenta con un consentimiento y/o disentimiento; siempre y cuando estas decisiones no sean contrarias a la Constitución y la ley en Colombia.

En caso de cambiar la decisión de no brindar información al familiar y/o cuidador durante la internación usted puede reportar su decisión al personal de salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGÍA PROGRAMADA
GIN-HOS-F0-97, Versión 1
GESTIÓN DE INTERNACIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	HH:MM
ÁREA					

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos: _____

Nombre (s): _____

Edad: _____ ☐ Años ☐ Meses

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro Cual? _____

Tipo de Identificación: ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ Consecutivo interno
Nº: _____

REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: _____

Nombre (s): _____

Tipo de Identificación: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte **Nº:** _____

Relación o Parentesco: _____

La edad y estado de conciencia del paciente y/o representante legal permiten leer y firmar este documento?
SI ___ NO ___

YO _____ Identificado con No. _____ en calidad de _____ por medio del presente documento de manera expresa y libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he sido informado por el médico tratante, que con base en la información clínica obtenida al ingreso, el examen clínico realizado y el diagnóstico presuntivo, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESE HUS) ha tomado la decisión de suministrarme tratamiento intrahospitalario.

Entiendo que de la información adecuada y veraz que yo proporcione, dependerá la precisión del diagnóstico, y del cumplimiento de las indicaciones dadas por el personal de salud, el éxito de mi tratamiento.

Se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad. su pronóstico v eventuales complicaciones, he sido informado sobre las diferentes alternativas de tratamiento disponibles y ayudas diagnosticas, sobre sus beneficios y eventuales riesgos; así como también, la incomodidad o dolor que pueden generar y que son necesarios en la toma de decisiones clínicas, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación; de igual forma, sobre el derecho que tengo a una segunda opinión médica.

Comprendo que la institución aplica procesos de clasificación de pacientes y actúa bajo dicha clasificación, dando prioridad a las personas con mayor compromiso y/o capacidad de recuperación, todo ello, enmarcado en criterios éticos, científicos, normativos y según la capacidad resolutiva de la organización; por lo tanto, mi atención dependerá de dichos procesos de clasificación.

Entiendo que el tratamiento se realizará con las tecnologías autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y que la resolución de la enfermedad y los posibles desenlaces dependen de muchos factores diferentes; por lo tanto, la responsabilidad de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER y su equipo de salud, consiste en poner todo el conocimiento, competencias médicas y medios técnicos disponibles, dentro de un marco de máxima seguridad para el paciente a fin de alcanzar los mejores resultados.

También he sido informado que en esta institución, en su calidad de centro de práctica formativa para talento humano en salud, participa personal en formación académica, que coopera en la atención integral brindada, bajo la responsabilidad y supervisión de profesionales docentes. La institución realiza análisis de indicadores de atención y calidad así como vigilancia epidemiológica de patologías que son de interés para la salud pública; por lo cual, AUTORIZO la utilización, en caso necesario, de los datos de mi historia clínica para estos fines, de acuerdo a lo establecido por la ley de protección de datos personales (ley 1581 de 2012- decreto 1377 de 2013). Así mismo, en caso de que mi condición de salud lo amerite, AUTORIZO a ser contactado posteriormente al alta hospitalaria para el manejo integral ambulatorio.

2. ASOCIADOS A LA ANESTESIA REGIONAL INCLUYEN BLOQUEOS ANALGÉSICO

- Intoxicación por anestésicos locales: puede producirse incluso con dosis adecuadas para el peso del paciente generando convulsiones, arritmia o paro cardiaco.
- Hematoma: Es la colección de sangre que puede ocurrir en los sitios de las punciones y a veces puede requerir drenaje.
- Aracnoiditis: Es la inflamación de las capas que cubre el cerebro y la médula. Se presente de manera secundaria al ingreso de anestésicos en el sistema nervioso.
- Infección: Puede ocurrir en cualquier sitio es más frecuente cuando se dejan catéteres por tiempo prolongado para manejo del dolor.
- Dolor de cabeza y de espalda: Con la anestesia espinal o epidural.
- Alteraciones de la sensibilidad y la fuerza de las extremidades: (Hormigueo, dolor, adormecimiento) podría producirse de anestesia regional puede ser transitoria o definitiva.
- Alteraciones cardiovasculares: Es una de las situaciones más frecuentes cuando se aplica anestesia regional especialmente espinal o epidural. Se puede presentar disminución de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca o desorden en el latido cardiaco (arritmia), incluso podría llegar a paro cardiaco.
- Alergia anestésicos locales: Son raras, pero pueden ocurrir especialmente a los aditivos de los anestésicos.

Si mi anestesia regional no es satisfactoria, consiento la administración de anestesia general.

Existen otras complicaciones que se pueden presentar como son muerte, agitación, retraso en el despertar, delirio, mareo nauseas, vomito, dolor de cabeza, temblor, escalofríos. Eventualmente se pueden presentar eventos no descritos frente a los cuales se aplicarán los medios disponibles a fin de minimizar las posibles secuelas de ellos.

Estoy consciente que durante el curso de mi anestesia/cirugía, podrían ocurrir imprevistos en mi condición, los cuales necesitarían cambios a mi cuidado en tal caso, el anestesiólogo actuará en mi nombre teniendo mi seguridad como prioridad.

Certifico que en la medida de mis capacidades le he dicho al anestesiólogo que está obteniendo este consentimiento, todo acerca de mis enfermedades, mis alergias, los medicamentos que uso y he consumido en el último año, las anestesias que he recibido y las complicaciones que pueda tener y que sean conocidas por mí. He dicho toda la verdad a cualquier pregunta que me hubiera formulado en esta consulta.

El equipo de salud mantendrá la confianza de los datos le recordamos que usted en cualquier momento podrá contactarse para aclarar dudas sobre la realización del procedimiento al médico anestesiólogo en cargado de su caso.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ con documento de identidad N° _____ de _____ Autorizo al doctor _____ para que me administre la anestesia necesaria para mi procedimiento, se me ha explicado y he entendido los riesgos a los cuales puedo estar sometido.

FIRMA DEL PACIENTE O TESTIGO _____

No DOCUMENTO DE IDENTIDAD PACIENTE O TESTIGO _____

FIRMA DEL MEDICO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL MEDICO _____

3000

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL/REGIONAL
GSQ-GSQ-FO-02 Versión 2
GESTIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA _____ _____ _____

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

No. DOCUMENTO IDENTIDAD _____ **EDAD** _____ **GÉNERO** _____

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A REALIZAR _____

INTERVENCIÓN ANESTÉSICA **ANESTESIA GENERAL** _____ **ANESTESIA REGIONAL** _____ **BLOQUEO** _____ **SEDACIÓN** _____

La administración de la anestesia bajo la dirección de un médico anestesiólogo puede ser de las siguientes formas: ANESTESIA GENERAL, incluye agentes intravenosos y gases inhalados los cuales causaran inconsciencia; ANESTESIA REGIONAL, incluye inyecciones con agujas cerca de los nervios una perdida temporal de las sensaciones dolorosas en las áreas del cuerpo que van a ser intervenidas o para analgesia post operatorio. SEDACION Y ANALGESIA Usado en procedimientos menores para PRODUCIR UN ESTADO RELAJADO y tranquilo mediante el uso de medicamentos. Algunas cirugías solo se podrán realizar con anestesia general y otras por su enfermedad estará indicada la anestesia regional como mejor opción, pero usted puede elegir libremente; usted puede ACEPTAR o NEGARSE a la realización de procedimientos sin que su decisión afecte la relación médico-paciente. Las consecuencias derivadas de dicha decisión serán asumidas por usted. Recuerde que el equipo médico se compromete en la aplicación de los medios disponibles para la realización de su procedimiento mas no con los resultados específicos de los mismos. Tiene derecho a un segundo concepto.

Todos los procedimientos descritos a continuación tienen riesgos menores y mayores incluso pueden llevar a la muerte.

1. **ASOCIADOS A ANESTESIA GENERAL**

- Broncoaspiración: es el paso de contenido del estómago al pulmón ocasionando neumonía. Es una complicación grave. Se previene con el ayuno absoluto, generalmente de 8 horas, o de acuerdo a las recomendaciones para cada caso.
- Reacciones alérgicas: A medicamentos, látex, a la sangre o sus derivados puede presentarse así haya sido operado sin complicaciones informe a su médico si Ud. presenta alergia a algún medicamento o alimento.
- Fractura Dentaria: En algunas ocasiones se puede producir ruptura o fractura de piezas dentales y/o lesiones en la boca,
- Dolor de Garganta y Ronquera: Debido al paso del tubo de ventilación.
- Arritmias cardiacas: generalmente relacionadas con enfermedades del paciente. La mayoría son momentáneas, pero se puede presentar incluso paro cardiaco.
- Hipertermia Maligna: Cuando se presenta casi siempre es mortal, se debe a predisposición genética siendo evidente solo durante la anestesia. Si usted padece o tiene sospecha de miopía o distrofia muscular o tiene un familiar que haya tenido problemas con la anestesia debe informar al anestesiólogo.
- Lesiones en la piel producidas por la posición necesaria para la cirugía, puede ser zonas de presión o ulceras, depende del tipo de piel y del tiempo que dure la cirugía.
- Infiltración accidental de medicamentos o líquidos: Se produce cuando salen los medicamentos de una vena hacia la piel produciendo irritación o problemas circulatorios locales perdida de la piel.
- Ceguera transitoria o permanente: Principalmente en cirugía de posición boca abajo se puede presentar perdida de la visión por uno o por los dos ojos de manera temporal o definitiva. También pueden presentarse lesiones de corneas secundarias a la resequedad.
- Lesión por posición en los nervios periféricos: puede ocurrir al mantener el paciente en la misma posición por un tiempo prolongado durante la cirugía, se puede presentar perdida de la fuerza de la extremidad, adormecimiento en una parte del cuerpo perdida de la sensibilidad o dolor persistente.
- Paciente embarazada: Los anestésicos cruzan la placenta y pueden temporalmente anestesiar al bebe, aunque las complicaciones fetales de la ANESTESIA son muy raras los riesgos para el bebe incluyen: defectos de nacimiento parto prematuro, daño cerebral permanente y muerte.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH
GAD-LCL-FD-51, Versión 2
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Fecha: Día Mes Año

Yo mayor de edad, identificado con C.C. N° certifico que:

En caso que el paciente sea menor de edad o no se encuentra en óptimas condiciones de salud:
Yo mayor de edad, identificado con c.c. N° y en calidad de responsable del paciente , identificado con C.C. o T.I. N° , certifico que:

He leído o me han leído, el documento sobre Consentimiento Informado brindando información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las Pruebas diagnosticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomada el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

_____
Firma de la persona quien da el consentimiento
Nombre:_____
C.C._____

_____
Firma, sello y registro médico del Profesional que realizó la Consejería
Nombre:_____
C.C._____

UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA				HORA	

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos: _____

Nombre (s): _____

Edad: _____ ☐Años ☐Meses

Sexo: ☐ Femenino ☐Masculino ☐Otro

Tipo de identificación ☐C.C. ☐T.I. ☐R.C. ☐C.E. ☐Pasaporte N°: _____

Discapacidad: ☐ Si ☐No ¿Cuál?_____

REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO DEL PACIENTE (si aplica)

Apellidos: _____

Nombre (s): _____

Tipo de identificación: ☐C.C. ☐ T.I. ☐C.E. ☐Pasaporte N°: _____

Relación o Parentesco: _____

DECLARO

Que he sido valorado por el Servicio o la Especialidad de: _____

Por el(los) profesionales(es): _____

_____

Dentro del proceso de atención se me han incluido antecedentes, examen físico y estudios complementarios y he sido informado debidamente de los siguientes diagnósticos: _____

_____

_____

Que el procedimiento que se me vaa realizar consiste en (Nombre del procedimiento): _____

_____

Que el procedimiento está indicado (motivo o razón) por: _____

_____

_____

Se me han expuesto las alternativas posibles de tratamiento y la posibilidad de modificaciones en el transcurso del mismo, las cuales entiendo y acepto.

Me han explicado las ventajas, los posibles riesgos y las complicaciones de cada uno de los procedimientos o tratamientos, siendo estos los más significativos son:

Ventajas: _____

_____

Riesgos y Complicaciones: _____

_____

_____

A la vez han respondido a las preguntas que he formulado. En caso de requerir información adicional puede solicitarla al profesional tratante. También se ha informado de mi derecho a rechazarlo. Por tanto, consiento que se me realice el tratamiento y/o procedimiento indicado. ☐Si ☐No

** En caso de necesidad, autorizo la realización de transfusiones de sangre y/o hemoderivados. ☐Si ☐ No

Si mi caso puede ser de utilidad científica y académica y con tal fin se requieren Fotografías y/o Videos, autorizo a que sean utilizadas solamente para fines científicos y académicos, siempre y cuando se me garantice la más absoluta reserva y respeto a mi intimidad y anonimato.

- Autorizo la toma de Fotografías y/o Videos ☐Si ☐ No ☐ No Aplica

He sido informado que el hospital participa eventualmente en investigaciones científicas, entre las cuales están las denominadas "sin riesgo", para los cual en caso necesario solo me incluirán si previamente he otorgado mi consentimiento informado. Autorizo a ser contactado si consideran necesario utilizar los datos de mi historia clínica, garantizando la confidencialidad y el secreto de identidad

☐Si ☐No ☐No Aplica

UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ASPECTOS GENERALES

COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO A QUIEN SE VA A OPERAR:

- El usuario tiene la obligación de dar información veraz sobre su identificación, estado de salud, antecedentes, alergias, consumo de medicamentos y ayuno, solicitadas por el personal médico y paramédico durante la atención y realizar cumplimiento estricto en ayuno e indicaciones Pre Quirúrgicas propuestas por los mismos.
- Como usuario está obligado a cumplir las instrucciones recibidas por los médicos y enfermeras

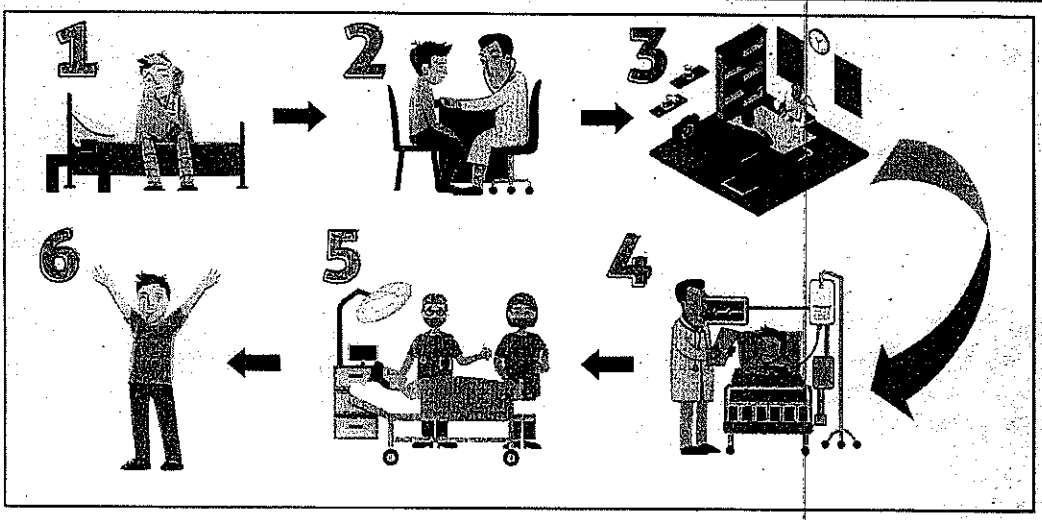
COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO DESPUÉS DE CIRUGÍA

- Debe cumplir con las recomendaciones relacionadas con medicamentos, dieta, ejercicios, etc.
- Debe asistir a las citas de control en la consulta externa.
- Debe acudir a Urgencias de manera oportuna ante cualquier complicación (Fiebre, Sangrado. Hematomas, Signos de Infección, deterioro del Estado General).

NORMATIVIDAD

- Ley 1438/2011, Articulos 139.2, 139.4, 139.8 y 139.9 y artículo 104. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 23/1981 artículos 10, 13, 15 y 16. Normas de ética médica.
- Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social integral.
- Ley 1581 de 2012. Ley de Protección de Datos Personales.
- Decreto 1571 de 1993, Capitulo V, Articulo 20 y 50. Se reglamenta las actividades del Banco de Sangre.

Apoyo gráfico para el usuario con discapacidad físicas cognitivaiintelectual o en caso de asentimiento



1.Enfermedad 2. Valoración Médica 3. indicación quirúrgica y firma del Consentimiento informado 4. Preparación quirúrgica 5. Cirugía 6. Recuperación.

Una vez leída y discutida la información anterior, manifiesto que he comprendido con claridad la naturaleza de la información y las opciones o alternativas, firmando en constancia de lo anterior.

Nombre del Usuario Documento N°: _____	**Firma del Usuario**
Nombre del Testigo o Representante Legal Documento N°: _____	**Firma del Testigo o Representante Legal**
Nombre del Profesional Responsable RM: _____	**Firma del Profesional Responsable**

NOTA: La firma del testigo se requiere en usuarios menores de edad, usuario con discapacidad física, cognitiva/intelectual, y usuarios con déficit del estado de conciencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRÚRGICOS
GSQ-GSQ-FO-04, Versión 2
GESTIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	HR:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos: _____

Nombre (s): _____

Edad: ____ ☐Años ☐Meses

Sexo: ☐Femenino ☐Masculino ☐Otro

Tipo de identificación ☐C.C. ☐T.I. ☐R.C. ☐C.E. ☐Pasaporte N°: _____

Discapacidad: ☐Si ☐No ¿Cuál? _____

REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO DEL PACIENTE (si aplica)

Apellidos: _____

Nombre (s): _____

Tipo de identificación: ☐C.C. ☐T.I. ☐C.E. ☐Pasaporte N°: _____

Relación o Parentesco: _____

DECLARO

Que he sido valorado por el Servicio o la Especialidad de: _____

Por el(los) profesionales(es): _____

Dentro del proceso de atención se me han incluido antecedentes, examen físico y estudios complementarios y he sido informado debidamente de los siguientes diagnósticos: _____

Que el procedimiento que se me va a realizar consiste en (Nombre del procedimiento): _____

Que el procedimiento está indicado (motivo o razón) por: _____

Se me han expuesto las alternativas posibles de tratamiento y la posibilidad de modificaciones en el transcurso del mismo, las cuales entiendo y acepto.
Me han explicado las ventajas, los posibles riesgos y las complicaciones de cada uno de los procedimientos o tratamientos, siendo estos los más significativos son:

Ventajas: _____

Riesgos y Complicaciones: _____

A la vez han respondido a las preguntas que he formulado. En caso de requerir información adicional puede solicitarla al profesional tratante. También se ha informado de mi derecho a rechazarlo. Por tanto, consiento que se me realice el tratamiento y/o procedimiento indicado. ☐Si ☐No

** En caso de necesidad, autorizo la realización de transfusiones de sangre y/o hemoderivados. ☐Si ☐No

Si mi caso puede ser de utilidad científica y académica y con tal fin se requieren Fotografías y/o Videos, autorizo a que sean utilizadas solamente para fines científicos y académicos, siempre y cuando se me garantice la más absoluta reserva y respeto a mi intimidad y anonimato.

• Autorizo la toma de Fotografías y/o Videos ☐Si ☐No ☐No Aplica

He sido informado que el hospital participa eventualmente en investigaciones científicas, entre las cuales están las denominadas "sin riesgo", para los cual en caso necesario solo me incluirán si previamente he otorgado mi consentimiento informado. Autorizo a ser contactado si consideran necesario utilizar los datos de mi historia clínica, garantizando la confidencialidad y el secreto de identidad

☐Si ☐No ☐No Aplica

A500

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRÚRGICOS
GSQ-GSQ-FO-04, Versión 2
GESTIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ASPECTOS GENERALES

COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO A QUIEN SE VA A OPERAR:

- El usuario tiene la obligación de dar información veraz sobre su identificación, estado de salud, antecedentes, alergias, consumo de medicamentos y ayuno, solicitadas por el personal médico y paramédico durante la atención y realizar cumplimiento estricto en ayuno e indicaciones Pre Quirúrgicas propuestas por los mismos.
- Como usuario está obligado a cumplir las instrucciones recibidas por los médicos y enfermeras

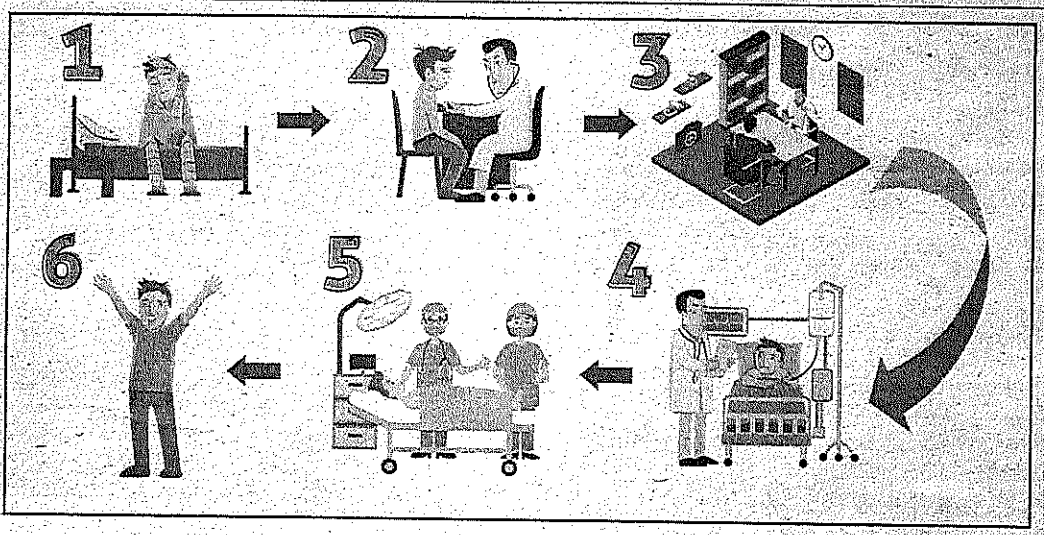
COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO DESPUÉS DE CIRUGÍA

- Debe cumplir con las recomendaciones relacionadas con medicamentos, dieta, ejercicios, etc.
- Debe asistir a las citas de control en la consulta externa.
- Debe acudir a Urgencias de manera oportuna ante cualquier complicación (Fiebre, Sangrado. Hematomas, Signos de Infección, deterioro del Estado General).

NORMATIVIDAD

- Ley 1438/2011, Artículos 139.2, 139.4, 139.8 y 139.9 y artículo 104. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 23/1981 artículos 10, 13, 15 y 16. Normas de ética médica.
- Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social integral.
- Ley 1581 de 2012. Ley de Protección de Datos Personales.
- Decreto 1571 de 1993, Capitulo V, Articulo 20 y 50. Se reglamenta las actividades del Banco de Sangre.

Apoyo gráfico para el usuario con discapacidad físicas cognitivaiintelectual o en caso de asentimiento



1.Enfermedad 2. Valoración Médica 3. indicación quirúrgica y firma del Consentimiento informado 4. Preparación quirúrgica 5. Cirugía 6. Recuperación.

Una vez leída y discutida la información anterior, manifiesto que he comprendido con claridad la naturaleza de la información y las opciones o alternativas, firmando en constancia de lo anterior.

Nombre del Usuario
Documento N°: _____

Firma del Usuario

Nombre del Testigo o Representante Legal
Documento N°: _____

Firma del Testigo o Representante Legal

Nombre del Profesional Responsable
RM: _____

Firma del Profesional Responsable

NOTA: La firma del testigo se requiere en usuarios menores de edad, usuario con discapacidad física, cognitiva/intelectual, y usuarios con déficit del estado de conciencia.

1000

CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA
GTE-GTE-FO-39, Versión 1
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

SERVICIO: EQUIPO: MES:

UBICACIÓN: N. HUS: AÑO:

Parámetros Permitidos: Humedad Relativa 50% a 70%

DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JORNADA	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
% HUMEDAD RELATIVA — RANGO >=72																															
71																															
70																															
69																															
68																															
67																															
66																															
65																															
64																															
63																															
62																															
61																															
60																															
59																															
58																															
57																															
56																															
55																															
54																															
53																															
52																															
51																															
50																															
49																															
<=49																															
FIRMA DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO																															

FIRMA QUIEN VERIFICA: _____

NOMBRE QUIEN VERIFICA: _____

M= Mañana Hora: _____

T= Tarde Hora: _____

N= Noche Hora: _____

CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE
GTE-GTE-FO-40, Versión 1
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

SERVICIO:	EQUIPO:	MES:	Parámetros Permitidos: Humedad Relativa 50% a 70%
UBICACIÓN:	N. HUS:	AÑO:	

TEMPERATURA	RANGO		DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			JORNADA	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
		43°																																
		42°																																
		40°																																
		39°																																
		38°																																
		37°																																
		36°																																
		35°																																
		34°																																
		33°																																
		32°																																
		31°																																
		30°																																
		29°																																
		28°																																
		27°																																
		26°																																
		25°																																
		24°																																
		23°																																
		22°																																
		21°																																
		20°																																
		19°																																
		18°																																
FIRMA DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO																																		

FIRMA QUIEN VERIFICA: _____

M= Mañana Hora: _____
T= Tarde Hora: _____
N= Noche Hora: _____

DISENTIMIENTO INFORMADO
GMC-FO-92, VERSIÓN 1
PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA Día:_____ Mes: _____ Año:_____ Hora: _____

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: _____

Nombre(s) _____

Edad:_____ Años:☐ Meses:☐ Sexo: Femenino:☐ Masculino:☐

Identificación: N°:_____ C.C: ☐ T.I.:☐ R.C.:☐ C.E.:☐ Pasaporte: ☐

REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: _____

Nombre(s) _____

Identificación: N°:_____ C.C: ☐ T.I.:☐ R.C.:☐ C.E.:☐ Pasaporte: ☐

Relación o Parentesco: _____

DECLARO

Por medio del presente y en pleno uso de mis facultades mentales en forma libre expreso mi voluntad de disentimiento (rechazo), para la realización del (los) procedimiento(s) diagnóstico(s), terapéutico(s) y/o anestésico):

_____

_____

_____

Que se me han informado las posibles complicaciones derivadas de la no realización de la itnervención que pueden ser:

_____

_____

_____

Entiendo que esta intervención hace parte del plan de manejo médico instaurado que me ha sido ecplicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización. No obstante rechazo el procedimiento diagnóstico, terapéutico o anestésico, Conozco las consecuencias de mi decisión y asumo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y constancia de ello firman.

_____ _____

Nombre del Paciente Firma del Paciente

_____ _____

Nombre del Testigo Firma del Testigo

_____ _____

Nombre del Médico que informa Firma del Médico que informa

Nota: Para este documento se requiere la firma del testigo (familiar, personal de salud del área u otro usuario).

ENCUESTA PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE
GAT-HEM-FO-95, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
HEMOCENTRO DE SANTANDER. Código 68-001-1
Carrera 33 No 28-126. Teléfono (607) 6910030 EXT. 303, 472
Bucaramanga, Santander

FECHA: DD MM AA
LUGAR DE LA DONACIÓN: _____
CIUDAD O MUNICIPIO DE LA DONACIÓN: _____

¿LEYÓ Y ENTENDIÓ LA INFORMACIÓN QUE SE LE DIÓ PREVIAMENTE?
SI ___, Por favor, continúe con la encuesta.
NO___, Antes de continuar con el diligenciamiento de la encuesta, lea la información y cualquier inquietud pregúntela al Personal del Hemocentro

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:										
GÉNERO: Femenino ___ Masculino___	EDAD:	GRUPO SANGUÍNEO:	O	A	B	AB	Rh	+	-	
FECHA DE NACIMIENTO: / /	LUGAR:									
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	Cédula ciudadanía ___ Cédula Extranjería ___ Tarjeta de Identidad ___ Pasaporte___ Libreta Militar ___ Número Único de Identificación Personal (NUIP) ___ Permiso por Protección Temporal (PT) ___Otro ___, Cuál?___									
NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		de								
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD:	EPS Contributiva ___ EPS Subsidiada ___SISBEN ___ Régimen especial ___ No tiene___									
NOMBRE DE SU SEGURO MÉDICO:		IPS de atención:								
DIRECCION DE RESIDENCIA:										
BARRIO / VEREDA:		MUNICIPIO:								
DEPARTAMENTO:		OCUPACIÓN O EMPLEO:								
TELÉFONO FIJO:		CELULAR:								
TELÉFONO LABORAL:		CORREO ELECTRÓNICO:								
ESTADO CIVIL:	Soltero ___ Casado___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo___									

A CONTINUACIÓN MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA

N°	ANTECEDENTES MEDICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Ha donado sangre anteriormente? Fecha: / / Lugar:_____	SI	NO	
2	¿Ha tenido reacción adversa a la donación?¿Qué presentó?_____	SI	NO	
3	¿Ha sido declarado alguna vez no apto para donar sangre?¿por qué?_____	SI	NO	
4	¿Se ha sentido bien de salud en las últimas (2) dos semanas?	SI	NO	
5	¿En los últimos 12 meses estuvo hospitalizado, bajo tratamiento médico o le han realizado alguna cirugía? ¿Cuál? _____	SI	NO	
6	¿Alguna vez usted o su pareja, han recibido transfusión sanguínea, trasplante de órganos, tejidos u hormona del crecimiento?	SI	NO	
7	¿En los últimos 7 días le han realizado tratamientos dentales?	SI	NO	
8	¿Ha presentado alguno de los siguientes problemas de salud? ¿Cuál? Marque con una X: Enfermedades de la sangre ___ Trastornos mentales___ Enfermedades del corazón___ Diabetes___ Enfermedades del pulmón___ Cáncer___ Mareos, desmayos o convulsiones___ Hipotensión___ Alergias___ Hipertensión___ Osteoartrosis___ Enfermedades autoinmunes___	SI	NO	
9	¿Ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad NO mencionada anteriormente? ¿Cuál?_____	SI	NO	
10	¿En el último mes, ha tomado algún medicamento? ¿Cuál? _____ ¿Para qué le fue formulado?_____	SI	NO	
11	¿En los últimos seis (6) meses ha presentado alguno de los siguientes síntomas? Marque con una X: Pérdida inexplicable de peso___ Inflamación permanente de los ganglios___ Diarrea frecuente no controlable___ Manchas o lesiones en la piel o mucosas___ Sudoración nocturna___ Fiebre___ Tos persistente (por más de dos semanas) ___	SI	NO	

ENCUESTA PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE
GAT-HEM-FO-95, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

12	¿Ha sido vacunado en el **último año** ? ¿Qué vacuna recibió?_____	SI	NO	
13	¿Durante los **últimos seis (6) meses** ha tenido un **nuevo contacto sexual / pareja?**	SI	NO	
14	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?: _____ ¿Cuánto lleva con su pareja sexual más reciente?: _____			
15	¿Ha tenido relaciones sexuales con personas pertenecientes a algunas de las siguientes poblaciones: trabajadores sexuales, habitantes de calle, personas que se inyectan drogas? Si la respuesta es SI, hace cuanto ? _____	SI	NO	
16	¿Ha recibido sustancias psicoactivas o dinero a cambio de relaciones sexuales?	SI	NO	
17	¿Ha tenido relaciones sexuales con personas diagnosticadas con VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, HTLV I/II, Sífilis?	SI	NO	
18	¿En los **últimos 12 meses** usted o su pareja sexual han estado privados de la libertad?	SI	NO	
19	¿Usó o usa marihuana, cocaína, heroína, bazuco o algún otro estimulante o alucinógeno?	SI	NO	
20	¿Tuvo o ha sido tratado para sífilis, gonorrea, herpes genital, condiloma, hepatitis, SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual?	SI	NO	
21	¿En los **últimos 12 meses** le han practicado acupuntura, tatuajes, perforaciones de oreja, piercing, maquillaje permanente u otros procedimientos similares?	SI	NO	
22	¿En el **último mes**, ha padecido alguna enfermedad contagiosa o ha estado en contacto con personas que padezcan sarampión, rubéola, paperas o varicela?	SI	NO	
23	¿En los **últimos (12) doce meses** ha tenido accidentes de riesgo biológico (contacto con sangre, líquidos corporales, pinchazos con agujas contaminadas)?	SI	NO	
24	¿Alguna vez en su vida se ha enfermado o ha recibido tratamiento para paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla, dengue, Zika o Chikungunya? ¿Cuál? _____	SI	NO	
25	¿En los **últimos 2 años** ha visitado zonas donde hay paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla o dengue?	SI	NO	
26	¿Ha tenido enfermedad de Chagas o ha estado en zonas donde habita el insecto Triatomino, pito, chinche picudo, besador, rondador o chupa sangre?	SI	NO	
27	¿Ha vivido fuera del país o de la ciudad en que reside actualmente? ¿En dónde? _____ ¿Hace cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____	SI	NO	
28	¿Leyó y comprendió el cuestionario y le resolvieron todas sus dudas al respecto?	SI	NO	
29	¿Qué actividad realizará después de la donación? _____			

SI USTED ES MUJER POR FAVOR DILIGENCIE

30	Fecha de su última menstruación ___/___/___			
31	¿Cuántos embarazos ____, partos____ y /o cesáreas _____, abortos _____ ha tenido?			
32	¿Está embarazada, lactando o ha tenido abortos, legrados, partos o cesáreas en el último año? ¿Cuál? _____	SI	NO	

PARA DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DEL HEMOCENTRO

Calidad y consistencia de las respuestas, aspecto general, comportamiento y actitud del donante potencial.	APTO	NO APTO

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTA

Ratifico que las respuestas a las preguntas número _____ fueron aclaradas y/o corregidas en mi presencia.

_____
Firma del Donante

_____
Firma del Profesional

ENCUESTA PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE
GAT-HEM-FO-95, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FICHA CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE

Código 68 - 001 - 1	Registro del Donante								

1.ENCABEZADO

Lugar de la donación:		**Intramural**	**Extramural**
Fecha de donación:	DD / MM / AAAA	**Código:**	
Tipo de donación:	Sangre total ____ Aféresis____		

2. TIPO DE DONANTE	4. EXAMEN FISICO		5. ENTREVISTA Y EXAMEN FÍSICO		
__ Autólogo	Tensión Arterial: (mmHg)	Pulso (Latidos / minuto)	Aceptado	SI	NO
__ Voluntario			Diferido Temporal		
__ Voluntario Habitual	PAM:	Temperatura: °C	Diferido Permanente		
__ Voluntario Convocado			Motivo de diferimiento		
__ Dador por Reposición	Peso (kg):	Volemia (ml):			
__ Dirigido Específico					
3. INGESTA DE ALIMENTO	Talla: (m)	Hb: gr/dl			
Tiempo transcurrido desde la última ingesta de alimento (horas):	IMC (kg/m²):	Hto - %:			
	Responsable:		**Responsable:**		

6. MARCACION DE LA BOLSA		7. VENOPUNCIÓN	8. FLEBOTOMÍA
Bolsa Sencilla		Lesiones en sitio de punción:SI__ NO__	¿Es igual la identificación de la encuesta, bolsa, tubos y formato de autoexclusión confidencial? SI ___ NO___
Bolsa Doble		Especifique:	
Bolsa Triple		Venopunción única: SI ___ NO___	Volumen extraído (ml):
Bolsa Cuádruple		¿Cuántas? _____	
Marca: Terumo		Sitio de venopunción	Tiempo de donación (min):
Lote:		____ Brazo derecho	
Fecha de vencimiento: DD / MM /		____ Brazo izquierdo	
Responsable:		**Responsable de venopunción y flebotomía:**	

9. AFÉRESIS		10. REACCIÓN ADVERSA A LA DONACIÓN (RAD)		11. ORIENTACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD
PLAQUETAFÉRESIS		SI ____ NO____		¿Se recomendó al donante potencial consultar con su centro de atención en salud por alguna dolencia o factor de riesgo asociado con su estado de salud individual o que pudiera afectar a la salud pública? SI ____ NO____
ERITROAFÉRESIS		TIPO		
PLASMAFÉRESIS		VENOPUNCIÓN.		
EQUIPO		VASOVAGAL		
		TOXICIDAD POR CITRATO		
LOTE DE KIT		MOTIVO		
FECHA DE VENCIMIENTO DE KIT DD / MM / AAAA				Especificar causa:
RECUENTO DE PLAQUETAS (mm3)				
VOLUMEN COLECTADO (ml)				
RESPONSABLE:				

REVISIÓN 1	**FECHA:** DD / MM / AAAA	**Responsable:**
REVISIÓN 2	**FECHA:** DD / MM / AAAA	**Responsable:**

ENCUESTA PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE
GAT-HEM-FO-95, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DONANTE

APRECIADO DONANTE: Antes de firmar la encuesta, por favor lea con detenimiento los siguientes párrafos.

Para todos los efectos legales:

- Conociendo que mi sangre puede ocasionar un daño al receptor, certifico que todas las respuestas e informes anotados en el cuestionario son ciertas. Certifico que dono sangre de manera responsable y voluntaria al Hemocentro de Santander para que la utilice con fines terapéuticos.
- Autorizo a ser ingresado en la base nacional de donantes de sangre y ser consultado a través del aplicativo SIHEVI por personal autorizado para acceder al mismo.
- Autorizo al Hemocentro de Santander para que realice los procedimientos relacionados con la donación de sangre y las pruebas obligatorias de Ley [Decretos 1571/93 y 1543/97, Resoluciones 1738/95 y 901/96] para la detección de VIH1 y VIH2, HTLV-I y II, Hepatitis B y C, Core para Hepatitis B, Chagas, Sífilis, Malaria y demás pruebas que se practiquen para determinar la calidad de mi donación.
- Autorizo para que en caso de salir reactiva una o más pruebas realizadas a la sangre donada, se practiquen las pruebas complementarias o confirmatorias según las normas establecidas.
- Autorizo que en la eventualidad de que las pruebas complementarias o confirmatorias sean positivas, en caso de ser necesario y de acuerdo a las normas establecidas, se me ubique e informe mediante asesoría personalizada los hallazgos obtenidos.
- Autorizo para que, si es necesario y según la normatividad vigente, se informe a la red de vigilancia epidemiológica del sistema general de Salud y a mi aseguradora en salud, los hallazgos obtenidos en las pruebas.
- Autorizo para que mi donación pueda ser empleada con fines de investigación, y en caso ser necesario seré informado de los resultados de dichas investigaciones.
- Certifico que estoy informado sobre el proceso de donación, las potenciales reacciones adversas que puedo presentar durante o después de la donación y las recomendaciones que debo seguir para evitarlas.
- POLÍTCA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: La E.S.E HUS informa que en todo trámite relacionado con la prestación de servicios de salud se está aplicando la ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes sobre la protección de datos personales, los datos que el HEMOCENTRO DE SANTADER – E.S.E HUS solicita, serán utilizados para los siguientes fines: Adelantar trámites y servicios pertinentes del área correspondiente – Contactar para dar información respecto a la donación o realizar invitaciones para volver a donar sangre – Participar en eventos clínicos y/o de investigación – Evaluar la calidad de los servicios de la E.S.E HUS – Las demás finalidades en la política de tratamiento de datos personales. Si desea más información consulte en la página web: www.hus.gov.co en el enlace de trasparencia y acceso a la información pública.

_____ FIRMA	NÚMERO DOCUMENTO_____ LUGAR DE EXPEDICIÓN _____

ESPACIO RESERVADO PARA AUTOEXCLUSIÓN POST-DONACIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
GAT-HEM-FO-15, Versión 4
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA	DÍA	MES		AÑO
DONACIÓN	INTRAMURAL		EXTRAMURAL	

Para nosotros es un gusto poder brindarle un servicio de calidad durante su donación de sangre y en busca de la mejora de nuestros procesos, le solicitamos llenar la siguiente encuesta colocando una X (equis) en la casilla que corresponda según su percepción y de acuerdo a la siguiente escala de calificación.

EXCELENTE: E BUENA: B REGULAR: R DEFICIENTE: D

ITEM	PREGUNTA	E	B	R	D
1	Calidez en la atención del personal del Hemocentro				
2	Condiciones de las instalaciones				
3	Tiempo de la atención				
4	La información suministrada durante el proceso				
5	El refrigerio entregado				
6	La imagen que usted se lleva de la donación				
SUGERENCIAS:					
¿VOLVERIA A DONAR SANGRE CON EL HEMOCENTRO DE SANTANDER?		SI		NO	

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
GAT-HEM-FO-15, Versión 4
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA	DÍA	MES		AÑO
DONACIÓN	INTRAMURAL		EXTRAMURAL	

Para nosotros es un gusto poder brindarle un servicio de calidad durante su donación de sangre y en busca de la mejora de nuestros procesos, le solicitamos llenar la siguiente encuesta colocando una X (equis) en la casilla que corresponda según su percepción y de acuerdo a la siguiente escala de calificación.

EXCELENTE: E BUENA: B REGULAR: R DEFICIENTE: D

ITEM	PREGUNTA	E	B	R	D
1	Calidez en la atención del personal del Hemocentro				
2	Condiciones de las instalaciones				
3	Tiempo de la atención				
4	La información suministrada durante el proceso				
5	El refrigerio entregado				
6	La imagen que usted se lleva de la donación				
SUGERENCIAS:					
¿VOLVERIA A DONAR SANGRE CON EL HEMOCENTRO DE SANTANDER?		SI		NO	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

ETIQUETA DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-25, Versión 1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Paciente:			
N° Historia Clínica:			
Cama:		Servicio:	
Medicamento:			
Dosis del Paciente:		Dilución:	
Fecha de Preparación:		Hora de Preparación:	
Velocidad Infusión:		Preparado por:	

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS
GMC-SP-FO-02, Versión 1
PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombres y apellidos del usuario: _____
Edad:____ Años: ____ Meses:____ Número de historia clínica: _____
Servicio:_____ Cama: _____

Estimado usuario, el rpesente documento tiene por objeto informar e instruir a usted y a sus familiares y/o cuidadores, las medidas que contribuyen a prevenir caídas que pueden o no generarle algún tipo de daño se este físico, psicológico o económico durante su hospitalización en la ESE Hospital Universitario de Santander.
Estas situaciones son denominadas incidentes, cuando no generan daños o eventos adversos cuando si los generan.

A su vez, lo(a) estamos invitando a que participe y tenga en cuenta los cuidados indicados y educación brindada durante su proceso de enfermedad y permanencia en la institución.

Para indicar si una persona tiene o no el riesgo de caerse existe un instrumento o formato que de acuerdo a un puntaje nos indica que tan alto es ese riesgo.

En la ESE HUS aplicamos a los usuarios un instrumento de valoración del riesgo de caída denominado MORSE.

En el siguiente cuadro se ilustrará como medimos el riesgo, puntaje y acciones en la ESE Hospital Universitario de Santander.

NIVEL DEL RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCIÓN
SIN RIESGO	0 - 24	Cuidado básico de enfermería
RIESGO BAJO	25 - 50	Implementar protocolo de prevención de caídas
RIESGO ALTO	Mayor de 50	Implementar protocolo de restricción de movimiento

Según la escala de riesgo de caída, tiene una puntuación de _____ que lo clasifican en un riesgo _____ de sufrir caída y por lo tanto requiere cuidados especiales, además de las siguientes indicaciones:

A continuación detallamos algunas formas para ayudar a prevenir las caídas.

- Contar con un adulto responsable como acompañante permanente.
- Usar permanentemente la manilla de color anaranjado la cual identifica el riesgo de caída.
- Si el usuario es un niño(a), no dejarlo en la cama solo sin supervisión de un adulto.
- Mantener la altura de la cama en el nivel más bajo y con las barandas siempre arriba.
- Asegurar que los objetos y dispositivos personales necesarios se encuentren al alcance de su familiar (gafas, audífonos, prótesis dental, riñonera, pato, teléfono, papel, agua)
- Usar pantuflas cerradas idealmente con antideslizantes.
- Verificar que en el baño exista silla plástica.
- Cuando el usuario deba salir de la cama para ir al baño o sentarse, solicitar ayuda al personal de enfermería.
- Siempre proporcionar ayuda física al usuario cuando deambula o intenta maniobras difíciles, asistir en el baño durante la ducha o el uso del sanitario.
- Acompañar al usuario siempre al baño. Si el usuario no lo permite (por el respeto a sus derechos y a su privacidad) no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.
- Al levantarse de la cama, independiente del motivo, estando o no acompañado, solicite siempre ayuda al personal de enfermería. Espere a que alguien acuda, pues levantarse después de estar en cama o de tomar medicamentos puede provocar mareos.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS
GMC-SP-FO-02, Versión 1
PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

- En caso que el usuario se encuentre muy agitado y poco colaborador con las medidas recomendadas para la prevención de caídas, habrá necesidad de utilizar inmovilizadores en manos, tórax y/o pies, con el objetivo de prevenir que se lesione (En caso de requerirse la utilización de dichos inmovilizadores, la Enfermera Profesional del servicio le explicará las razones del por qué de su uso).
- El personal de enfermería evalúa en cada turno si usted tiene riesgo de caídas, y si se encuentra en riesgo será informado de su condición he instruído por la enfermera de turno respecto a los cuidados y pasos a seguir para evitar las caídas.

Yo,_____ Identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de_____ certifico que fui informado (a) del riesgo de caída que tengo o que tiene mi familiar o representado al quedar solo(a) y me comprometo expresamente a cumplir con las indicaciones especiales mencionadas arriba y brindar el acompañamiento solicitado.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mi y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones clara y sencilla sobre los asuntos o temas de mi interés.

Por tal razón, y ya con el conocimiento, me comprometo a cumplir con las indicaciones y normas establecidas en este documento y comprendo que al no hacerlo, pueden presentarse las lesiones enunciadas, las cuales se clasifican como eventos adversos prevenibles y puedo estar contribuyendo a que se presenten; también entiendo que al cumplir con lo aquí indicado contribuyen en el cuidado de mi salud y de mi familiar.

Calidad en la que se otorga este consentimiento:
Como usuario: SI ___ NO____
Como responsable del usuario: (padre o madre si es menor; representante legal, familiar y/o cuidador u otras personas que figuren como tales en la historia clínica) SI____ NO _____

Fecha notificación: _____
Firma del usuario o responsable: _____
Documento de identidad: _____
parentesco (si no es el usuario):_____
El usuario no puede firmar por: _____

HUELLA

En mi condición de personal de enfermería encargado de realizar el procedimiento descrito, dejo constancia que he explicado propósito, indicaciones y normas; y he contestado todas las preguntas y dudas que el usuario, su familia y/o cuidador me han formulado sobre el particular.

Nombre y firma del responsable de enfermería:_____
Documento de identidad: _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS
GMC-SP-FO-02, Versión 1
PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombres y apellidos del usuario: _____
Edad: ____ Años: ____ Meses: ____ Número de historia clínica: _____
Servicio: _____ Cama: _____

Estimado usuario, el presente documento tiene por objeto informar e instruir a usted y a sus familiares y/o cuidadores, las medidas que contribuyen a prevenir caídas que pueden o no generarle algún tipo de daño sea este físico, psicológico o económico durante su hospitalización en la ESE Hospital Universitario de Santander.
Estas situaciones son denominadas incidentes, cuando no generan daños o eventos adversos, cuando si los generan.
A su vez, lo(a) estamos invitando a que participe y tenga en cuenta los cuidados indicados y educación brindada durante su proceso de enfermedad y permanencia en la institución.

Para indicar si una persona tiene o no el riesgo de caerse existe un instrumento o formato que de acuerdo a un puntaje nos indica que tan alto es ese riesgo.

En la ESE HUS aplicamos a los usuarios un instrumento de valoración del riesgo de caída denominado MORSE.

En el siguiente cuadro se ilustrará como medimos el riesgo, puntaje y acciones en la ESE Hospital Universitario de Santander.

NIVEL DEL RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCIÓN
SIN RIESGO	0 - 24	Cuidado básico de enfermería
RIESGO BAJO	25 - 50	Implementar protocolo de prevención de caídas
RIESGO ALTO	Mayor de 50	Implementar protocolo de restricción de movimiento

Según la escala de riesgo de caída, tiene una puntuación de _____ que lo clasifican en un riesgo _____ de sufrir caída y por lo tanto requiere cuidados especiales, además de las siguientes indicaciones:

A continuación detallamos algunas formas para ayudar a prevenir las caídas.

Contar con un adulto responsable como acompañante permanente.
Usar permanentemente la manilla de color anaranjado la cual identifica el riesgo de caída.
Si el usuario es un niño(a), no dejarlo en la cama solo sin supervisión de un adulto.
Mantener la altura de la cama en el nivel más bajo y con las barandas siempre arriba.
Asegurar que los objetos y dispositivos personales necesarios se encuentren al alcance de su familiar (gafas, audífonos, prótesis dental, riñonera, pato, teléfono, papel, agua)
Usar pantuflas cerradas idealmente con antideslizantes.
Verificar que en el baño exista silla plástica.
Cuando el usuario deba salir de la cama para ir al baño o sentarse, solicitar ayuda al personal de enfermería.
Siempre proporcionar ayuda física al usuario cuando deambula o intenta maniobras difíciles, asistir en el baño durante la ducha o el uso del sanitario.
Acompañar al usuario siempre al baño. Si el usuario no lo permite (por el respeto a sus derechos y a su privacidad) no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.
Al levantarse de la cama, independiente del motivo, estando o no acompañado, solicite siempre ayuda al personal de enfermería. Espere a que alguien acuda, pues levantarse después de estar en cama o de tomar medicamentos puede provocar mareos.

4000

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS
GMC-SP-FO-02, Versión 1
PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

En caso que el usuario se encuentre muy agitado y poco colaborador con las medidas recomendadas para la prevención de caídas, habrá necesidad de utilizar inmovilizadores en manos, tórax y/o pies, con el objetivo de prevenir que se lesione (En caso de requerirse la utilización de dichos inmovilizadores, la Enfermera Profesional del servicio le explicará las razones del por que de su uso).

El personal de enfermería evalúa en cada turno si usted tiene riesgo de caídas, y si se encuentra en riesgo será informado de su condición he instruído por la enfermera de turno respecto a los cuidado y pasos a seguir para evitar las caídas.

Yo, _____ Identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____ certifico que fui informado (a) del riesgo de caída que tengo o que tiene mi familiar o representado al quedar solo(a) y me comprometo expresamente a cumplir con las indicaciones especiales mencionadas arriba y brindar el acompañamiento solicitado.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones clara y sencilla sobre los asuntos o temas de mi interés.

Por tal razón, y ya con el conocimiento, me comprometo a cumplir con las indicaciones y normas establecidas en este documento y comprendo que al no hacerlo, pueden presentarse las lesiones enunciadas, las cuales se clasifican como eventos adversos prevenibles y puedo estar contribuyendo a que se presenten; también entiendo que al cumplir con lo aquí indicado contribuyen en el cuidado de mi salud y de mi familiar.

Calidad en la que se otorga este consentimiento:
Como usuario: SI ___ NO____
Como responsable del usuario: (padre o madre si es menor; representante legal, familiar y/o cuidador otras personas que figuren como tales en la historia clínica) SI____ NO _____

Fecha notificación: _____
Firma del usuario o responsable: _____
Documento de identidad: _____
parentesco (si no es el usuario): _____
El usuario no puede firmar por: _____

HUELLA

En mi condición de personal de enfermería encargado de realizar el procedimiento descrito, dejo constancia que he explicado propósito, indicaciones y normas; y he contestado todas las preguntas y dudas que el usuario, su familia y/o cuidador me han formulado sobre el particular.

Nombre y firma del responsable de enfermería: _____
Documento de identidad: _____

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FORMATO DE REVISIÓN Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS

F: Formulario
D: Despachado
A: Administrado
DV: Devuelto
S: Saldo

Aprobó: Comité de Calidad

NOMBRE: ______ HISTORIA CLÍNICA: ______ No. INGRESO: ______ CAMA: ______

FECHA																																																													
Medicamentos y/o insumos biomédicos	DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE				
	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S
NOMBRE DE ENFERMERA																																																												
NOMBRE DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA																																																												

FECHA																																																												
	DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE					DÍA					NOCHE				
Medicamentos y/o Insumos biomédicos	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S	F	D	A	DV	S

NOMBRE DE ENFERMERA

NOMBRE DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

F: Formulario D: Despachado A: Administrado DV: Devuelto S: Saldo

HUS_019A

5000

FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE COVID19
GUR-GUR-FO-31, Versión 1
GESTIÓN DEL URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

LISTA DE CHEQUEO PARA TAMIZAJE COVID 19

Fecha:	**Hora:**	**Diligenciado por:**	
Nombre del paciente:		**Edad:**	
Documento de identidad:			
EPS:			
Ocupación:			
Dirección de residencia:		**Teléfono:**	
Acompañante del paciente:			

Para ser diligenciado por personal de enfermería de control de triage

Síntomas	SI	NO
Fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C		
Tos		
Dificultad respiratoria		
Odinofagia (dolor de garganta al pasar alimentos sólidos o líquidos)		
Astenia (debilidad o fatiga)		
Ha tomado para la fiebre y el dolor de garganta:		
✓ Acetaminofén		
✓ Ibuprofeno		
✓ Diclofenaco		
✓ Otros: Cuales?		
Cuantos días lleva usted con estos síntomas?		
✓ Entre 1-7 días		
✓ Entre 7 y 10 días		
✓ Entre 10 y 14 días		
✓ Más de 14 días		
Contacto estrecho * con caso confirmado o probable por COVID-19		
Ha estado en los últimos 14 días fuera de la ciudad.		

Para ser diligenciado por personal médico en caso de que el paciente quede en observación
La evidencia de esto debe quedar en la la HC electrónica (ANTECEDENTES)

Sufre usted de alguna de estas enfermedades:		
✓ Diabetes		
✓ Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV)		
✓ VIH u otra inmunodeficiencia		
✓ Cáncer		
✓ Enfermedad renal		
✓ Enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo		
✓ EPOC y asma		
✓ Uso de corticoides o inmunesupresores		
✓ Mal nutrición (obesidad y desnutrición)		
Usted fuma?		
El paciente está clasificado en alguna de estas actividades?: (OCUPACION-RAZA)		
✓ Trabajadores de la salud incluido personal administrativo		
✓ Policía y Fuerzas Militares		
✓ Empleados de servicios de protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor		
✓ Empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policia		
✓ Grupos étnicos (indigenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom)		
✓ Personas en situación de calle		
✓ Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral**		
✓ Migrantes colombianos internos (DESPLAZADOS)		

***DEFINICIÓN DE CONTACTO ESTRECHO**

1. Personas que compartieron más de quince minutos con un paciente positivo a menos de dos metros de distancia.
2. Individuos que han estado a dos metros de distancia y comparten por más de dos horas un espacio cerrado como una oficina.
3. Personas que habitan en la misma casa y que pasan un grado de tiempo juntos.
4. Pasajeros que se trasladaron en medios de transporte y que han estado a menos de dos metros de distancia con una persona infectada.

****PERSONA EN ALTA MOVILIDAD EN VIRTUD DE SU OCUPACIÓN LABORAL**

Son personas que como parte de su ocupación requiere movilizarse a diferentes zonas de los municipios o entre municipios, lo que hace que se presente mayor riesgo de contagio, entre estas ocupaciones están trabajadores del sector bancario, transportadores, empleados de grandes superficies o mercados, empleados de servicios generales, servicios publicos o domesticos, empleados de hoteleria y turismo, trabajadores comerciales, empleados de construcción y manufactura, entre otros

Si el paciente es detectado con sintomalogia arriba descrita debe ser trasladado a Carpas COVID

36.

FORMATO TRASLADO EXTRAINSTITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA
ENF-FO-16, VERSIÓN 3
ENFERMERÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

_____ Edad _____

1er Apellido 2°do Apellido Nombres

Seguridad Social:_____ No. Historia Clínica

Servicio:_____ Sala:_____ Cama:_____ Fecha: ____/____/_____ / Hora:_____

Traslado para: Procedimiento diagnóstico ☐ Terapéutico ☐ Continuidad del Tratamiento ☐

Traslado de la ESE HUS hacia otra institución ☐ Nombre de la Institución: _____

Retorno de otra institución hacia la ESE HUS ☐ Traslado Básico ☐ Traslado Medicalizado ☐

CONDICIONES DE LA PERSONA PREVIO AL TRASLADO

SIGNOS VITALES				OBSERVACIONES
Pulso		Tensión arterial		
Respiración		Temperatura		

ESTADO DE CONCIENCIA

Alerta ☐ Somnoliento ☐ Estupor ☐ Coma superficial ☐ Coma profundo ☐

ESTADO MENTAL

Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Inquieto ☐ Confuso ☐

PATRÓN RESPIRATORIO

Estable ☐ Inestable ☐ Soporte de Oxígeno/ventilatorio ☐ ¿ Cuál?_____ FiO2 _____

ACCESOS VENOSOS Y ARTERIALES

SI ☐ NO ☐
Catéter venoso periférico ☐ Catéter salinizado ☐ Catéter Venoso Central ☐ Otro _____
Permeable SI ☐ NO ☐ Esparadrapos Limpios ☐ Secos ☐ Marcados SI ☐ NO ☐

PERSONAL ASISTENCIAL QUE ENTREGA AL PACIENTE	PERSONAL DE LA AMBULANCIA QUE RECIBE EL PACIENTE A CONFORMIDAD
Nombre _____	Nombre _____
Firma _____	Firma _____

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

DETALLE	ENTREGADOS	RECIBIDOS
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS

DETALLE	ENTREGADOS	RECIBIDOS
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

PERTENENCIAS

OBJETO	C	E	R	OBJETO	C	E	R	OBJETO	C	E	R	OBJETO	C	E	R
Audífono				Celular				Lentes Contacto				Reloj			
Bastón				* Dinero				Prótesis Dental				Cadena			
Ropa				Gafas				Silla de ruedas				Anillo			

C= Cantidad E= Entregados (Marque con una X las pertenencias entregadas) R= Recibidos (Marque con una X las pertenencias recibidas) * registre en observaciones la cantidad de dinero entregado.

Observaciones:

Tiene objetos o pertenencias en custodia : SI ☐ NO ☐

FORMATO TRASLADO EXTRAINSTITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA
ENF-FO-16, VERSIÓN 3
ENFERMERÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES

DE QUIEN ENTREGA	DE QUIEN RECIBE

Nombre de quien entrega _____ Nombre de quien entrega _____

Firma _____ Firma _____

MONITORIA DEL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO

Hora												
Pulso												
Respiración												
Tensión arterial												
Temperatura												

OBSERVACIONES DEL TRASLADO

Nombre de quien recibe _____ Firma _____

CONDICIONES DE LA PERSONA AL FINALIZAR EL TRASLADO

SIGNOS VITALES				OBSERVACIONES
Pulso		Tensión arterial		
Respiración		Temperatura		

ESTADO DE CONCIENCIA

Alerta ☐ Somnoliento ☐ Estupor ☐ Coma superficial ☐ Coma profundo ☐

ESTADO MENTAL

Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Inquieto ☐ Confuso ☐

PATRÓN RESPIRATORIO

Estable ☐ Inestable ☐ Soporte de Oxígeno/ventilatorio ☐ ¿ Cuál? _____ FiO2 _____

ACCESOS VENOSOS Y ARTERIALES

SI ☐ NO ☐

Catéter venoso periférico ☐ Catéter salinizado ☐ Catéter Venoso Central ☐ Otro _____

Permeable SI ☐ NO ☐ Esparadrapos Limpios ☐ Secos ☐ Marcados SI ☐ NO ☐

PERSONAL ASISTENCIAL QUE ENTREGA AL PACIENTE	PERSONAL DE LA AMBULANCIA QUE RECIBE EL PACIENTE A CONFORMIDAD
Nombre _____	Nombre _____
Firma _____	Firma _____

Fecha DD MM AAA Cirugía: ______________________ Cirujano: ______________________

Anestesia: ______________ Intubado: ______________ Anestesiólogo: ______________________

Líquidos en Cirugía: Sangre ______________ c.c. Soluciones E.V: ______________ c.c.

Llega a: RECUPERACIÓN Hora: | HORA

NIVEL DE CONCIENCIA
Despierto
Dormido
Excitado
Tranquilo
Inconsciente

COLOR DE PIEL
Normal
Pálida
Cianótica

RESPIRACIÓN
Normal
Amplia
Deprimida
Intubado
Traqueostomía

HERIDA QUIRÚRGICA
Apositos Secos
Sangrado

DRENAJES
Sonda Vesical
Sonda Gástrica
Tubo Tórax
Drenes

OTROS

Escala: 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 50, 40, 30, 20, 10, 0

HORA	DROGAS Y LÍQUIDOS EN RECUPERACIÓN

OTRAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

IRRIGACIONES

LÍQUIDOS E.V.
D.5% A.D.
D.5% S.S.
SOLICIÓN SALINA LAC.
SANGRE
PULSO
T.A.X.
RESPIRACIÓN

ÍNDICE ALDRETE

Hora de Salida: ______________ Total permanencia:

RESPONSABLE: ______________________
FIRMA

RECUPERACIÓN

1er. Apellido 2do. Apellido Nombre

Servicio Cama

INFORMACIÓN CLÍNICA PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH
GAD-LCL-FO-52,Versión 2
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

INFORMACION GENERAL

SERA LLENADO EN PACIENTES A QUIENES SE LES PRESTE EL SERVICIO
NOMBRE:
HISTORIA CLINICA: FECHA NACIMIENTO: D M A _____
EDAD: _____ AÑOSSEXO: MASCULINO FEMENINO _____
ESTADO CIVIL:SOLTERO___CASADO ___VIUDO ___UNION LIBRE ___SEPARADO ___OTRO ___
RESIDENCIA HABITUAL: BARRIO:
MUNICIPIO: DEPARTAMENTO:
OCUPACION: TELEFONO:

HISTORIA CLINICA

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO RESIDENTE O MEDICO AUXILIAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS		
HC:		
EA:		
AP: (INFECCIONES, DIARREA DE MAS DE DOS MESES, PERDIDA DE PESO, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, CANCER, ETC)		
COMPORTAMIENTO SEXUAL: (LLENADO POR EL MEDICO O EL PACIENTE)		
HABITOS SEXUALES:	○ HOMOSEXUAL	○ BISEXUAL
	○ HETEROSEXUAL	○ OTRO
TIPO DE RELACION	○ OROGENITAL	○ GENITAL-GENITAL
	○ ANOGENITAL	○ OTRO
COMPAÑERO SEXUAL	ESTABLE _____	PROMISCU@ _____
NUMEROS DE COMPAÑER@S _____	POR AÑO _____	

INFORMACIÓN CLÍNICA PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH
GAD-LCL-FO-52,Versión 2
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FARMACODEPENDENCIA (PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE O MEDICO) SI _____ NO _____

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

SI NO ☐ DS ULTIM ☐ AÑOS FECHA _____

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE

SIFILIS GONOCOCO HERPES CONDILOMA _____

CLAMIDIA UREAPLASMA _____

DESPLAZAMIENTO DE L PACIENTE EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

FUERA DEL PAIS SI ☐ NO ☐ LUGAR _____

CONTACTO SEXUAL CON PERSONA DIFERENTE

FECHA _____ TIEMPO _____

EN EL PAIS SI ☐ NO ☐ LUGAR _____

FECHA TIEMPO _____

ANTECEDENTES DE SIDA

PADRE MADRE ESPOSO HIJO OTRO

RS

EF PESO:	TA:	T°	FC:	FR:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

LABORATORIO

FIRMA DEL PACIENTE: CC:

MEDICO (NOMBRE) CODIGO:

INFORME LABORATORIO
PRUEBA PRESUNTIVA –DUO (ELFA)
NOMBRE RESPONSABLE FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH
GAD-LCL-FO-51, Versión 2
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con c.c. Nº _____. certifico que:

En caso que el paciente sea menor de edad o no se encuentra en óptimas condiciones de salud:
Yo _____ mayor de edad, identificado con c.c. Nº _____ y en calidad de responsable del paciente _____ identificado con C.C. o T.I. Nº _____, certifico que:

He leído o me han leído, el documento sobre Consentimiento Informado brindandoinformación sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.

He recibido conserjería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las Pruebas diagnósticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

_____
Firma de la persona quien da el consentimiento
Nombre _____
CC. _____

_____
Firma, sello y registro médico del Profesional que realizó la Consejería
Nombre: _____
CC: _____

LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

GSQ-FO-01, Versión 1

PROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos: _____
Nombre: _____
Edad: Años ☐ Meses ☐
Nº Historia Clínica: _____
DIAGNÓSTICO

PROCEDIMIENTO

INGRESO (TRANSFER)

SE HA CONFIRMADO DEL PACIENTE:

Brazalete de identificación	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Brazalete corresponde a la identificación	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Ayuno	☐ SI	☐ NO	☐ ___ Horas
Consentimiento Informado Quirúrgico	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Consentimiento de Anestesia	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Imágenes Diagnósticas disponibles	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Reserva de Hemoderivados	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Confirmada Reserva de Hemoderivados	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Solicitud de UCI	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Disponibilidad de UCI	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Alergias	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Brazalete de alergias	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica

Cual (es): _____

SIGNOS VITALES

FR: ____ min FC: ____ min
TA: ____ / ____ mnHg Saturación O2: ____ %

APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	___	Orientado	5 ___	Obedece Ordenes	6 ___
A la voz	___	Desorientado	4 ___	Localiza dolor	5 ___
Al dolor	___	Inapropiado	3 ___	Retira el dolor	4 ___
Sin apertura ocular	1 ___	Incomprensible	2 ___	Flexión al dolor	3 ___
		No responde	1 ___	Extensión al dolor	2 ___
				No responde	1 ___

Glasgow: /15

Prótesis dental		☐ SI	☐ NO
Prótesis dental	Fija	☐ Removible	☐
Retiro de prótesis dental		☐ SI	☐ NO
Marcación de sitio quirúrgico		☐ SI	☐ NO ☐ No aplica

Firma Enfermera de turno

Firma Auxiliar de turno

CUIDADO PREQUIRÚRGICO

ANESTESIÓLOGO

Revisión Máquina de Anestesia	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Monitoreo completo	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Medicamentos requeridos	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Riesgo de vía aérea difícil	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Equipo de vía área difícil	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Verificación de equipo quirúrgico	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica

Cirujanos:

Instrumentadoras:
Enfermera:

Profilaxis Antibiótica	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica

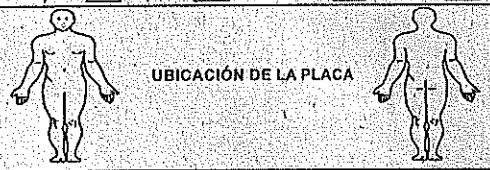
Antibiótico: _____
Dosis Hora de administración:
Antibiótico: _____
Dosis Hora de administración:

Nombre y Apellido del Anestesiólogo y/o Residente

INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA

Instrumental	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Esterilización	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Paquete de Ropa Quirúrgica	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Material de Osteosíntesis	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Torniquete	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Equipo Mínimamente Invasivo	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Microscopio	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Electrobisturí	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica

Monopolar ☐ Bipolar ☐ LIGASURE ☐ GEN 11 ☐



UBICACIÓN DE LA PLACA

Potencia inicial de Energía: Corte: _____ Coagulación: _____

Recuento inicial de gasas _____
Recuento inicial de compresas _____
Recuento inicial de torundas _____

Nombre y apellido Instrumentador (a) QX

CIRUJANO

Tiempo estimado de cirugía			Horas	
Hemorragia estimada	☐ SI	☐ NO	Volumen:	c.c
Reserva Hemoderivados confirmada	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica	
Confirma antibiótico profiláctico	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica	
Confirma complicación o incidente de anestesia	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica	

Cual: _____
Verifica Instrumental e insumos quirúrgicos ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

Nombre y apellido Cirujano (a) y/o Residente

CUIDADO POSQUIRÚRGICO

CIRUJANO

Tiempo Quirúrgico			Horas	
Patología y/o cultivos	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica	
Cual: _____				
Complicaciones quirúrgicas	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica	
Cuáles: _____				
Sala contaminada	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica	
Hemorragia trasquirúrgica:	☐ SI	☐ NO	Volumen: ___	c.c.
Indicaciones especiales: _____				

Nombre y apellido Cirujano (a) y/o Residente

INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA

Entrega de patología y/o cultivos	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Compresas solicitadas trasquirúrgicas ____			
Recuento de compresas	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Recuento Final ____	☐ Completa		☐ Incompleta
Gasas solicitadas trasquirúrgicas ____			
Recuento de gasas	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Recuento Final ____	☐ Completa		☐ Incompleta
Torundas solicitadas trasquirúrgicas ____			
Recuento de torundas	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Recuento Final ____	☐ Completa		☐ Incompleta
Recuento Instrumental	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Falla de equipos	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica

Informe: _____

Nombre y apellido Instrumentador (a) QX

ANESTESIÓLOGO

Exturbación en salas	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Verificación Espontánea	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica

FR: ____ min FC: ____ min
TA: ____ / ____ mnHg Saturación O2: ____ %

Complicaciones	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Cual: _____			
Reversión de anestésicos	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
Cuáles: _____			
Líquidos administrados:		Volumen: _____	c.c.
Hemoderivados GR: Unds PLT: Unds PFC: Unds.			
Autotrasfusión	☐ SI	☐ NO	Volumen: ____ c.c.
Tiempo de anestesia ____ : ____ horas			

Nombre y apellido Anestesiólogo y/o Residente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-42
		Versión: 0.1
	LISTA DE CHEQUEO PARA PERSONA EN PROCESO QUIRÚRGICO	Página: 2 de 2
		Aprobó: Comité de Calidad

INFORMACIÓN DE LA PERSONA PREVIA AL TRASLADO - SERVICIO DE PROCEDENCIA

Últimos signos vitales:	T.A.	F.C.:
	T°:	F.R.:

Estado de conciencia:
Alerta___ Somnoliento___
Estuporoso___ Coma___

Hora última comida___
Hora última micción___

Administración de anticoagulantes Si___ No___ Dosis: Tipo: Hora última aplicación:___

PREMEDICACIÓN EN PISO			MEDICAMENTOS ENVIADOS
MEDICAMENTO	DOSIS	HORA ULTIMA DOSIS	

OBSERVACIONES

HORA		NOMBRE

CONVENCIONES

- N.A.: No aplica
- E: estado de la úlcera por presión
- +: se consideran formatos adicionales hoja de procedimientos quirúrgicos, hoja de gastos de cirugía y registro anestésico.
- SOAT: seguro obligatorio contra accidentes de tránsito.
- Hb: hemoglobina
- Hcto: hematocrito
- TAC: Tomografía axial computarizada
- DX: diagnóstico
- TA: tensión arterial
- T°: temperatura
- F.C.: frecuencia cardiaca
- F.R.: frecuencia respiratoria

E: enfermero AE: auxiliar de enfermería C: camillero

CANCELACIÓN DE LA CIRUGÍA

Causa:_____	Nombre

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-42
		Versión: 0.1
	LISTA DE CHEQUEO PARA PERSONA EN PROCESO QUIRÚRGICO	Página: 1 de 2
		Aprobó: Comité de Calidad

HOJA No. _____ No. DE HISTORIA CLÍNICA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
1er Apellido 2do Apellido Nombres

Servicio: _____ Sala No. _____ Cama No. _____

Fecha y hora de cirugía:	Diagnóstico médico:
Procedimiento quirúrgico a realizar:	
Discapacidad:	Alergias:

CRITERIO DE VERIFICACIÓN	Servicio que envía			Unidad de Cuidado Preoperatorio			Recuperación post anestésica			Servicio que recibe		
	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA
Zonas de presión												
Úlceras por presión E. estadío												
Alteración de la piel												
Actividades de enfermería												
Higiene corporal												
Ayuno												
Preparación intestinal												
Acceso venoso permeable												
Educación preoperatoria												
Retiro de esmalte y maquillaje												
Brazalete de identificación												
Preparación administrativa												
Hoja de admisión												
Certidicado de nacido vivo												
tarjeta de medicamentos												
Autorización de seguridad social												
Valoración pre anestésica												
Consentimiento Informado												
Formato de SOAT diligenciado												
Formatos adicionales +												
Exámenes de laboratorio												
Hemoclasificación												
Reporte de Hb-Hcto recientes												
Pruebas de coagulación recientes												
Reserva sangre/hemoderivados												
Medios diagnósticos												
Rayos X - TAC												
Otros:												
N° de medios Dx enviados/recibidos												
Prótesis retiradas												
Dentales												
Miembros												
Otros												
Entregadas a familia / En custodia												
Aparatos de uso permanente												
Muletas												
Anteojos												
Audífonos												
Bastón												
Silla de ruedas												
lentes de contacto												
otro:												
Entregadas a familiar												
Objetos de valor												
Aretes Anillos												
Cadenas												
Reloj Celular												
Dinero $												
Entregadas a Familia / En custodia												
Requerimientos especiales												
UCI												
Otro:												

NOMBRE	E			AE			C		
	AE			C			E		
	C			E			A E		
							E		

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN	
SERVICIO QUE SOLICITA		SERVICIO A DONDE VA	
SOLICITANTE		HORA RECEPCIÓN	
NOMBRE DE CAMILLERO		HORA ASIGNACIÓN	
		HORA DE EJECUCIÓN TRASLADO	
		HORA FINALIZACIÓN	

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ORDEN MÉDICA - REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

Código:	HOS-R-29
Versión:	0.1
Página:	1 de 1
Aprobó:	Comité de Calidad

HC | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE

HORA:	EMPRESA	EPS		EPSS		SOAT		V		SERVICIO	No. CAMA	CANTIDAD ENTREGADA

NOMBRE MÉDICO - REGISTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ORDEN MÉDICA - REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

Código: HOS-R-29
Versión: 0.1
Página: 1 de 1
Aprobó: Comité de Calidad

HC | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE

HORA: | EMPRESA | EPS | | EPSS | | SOAT | | V | | SERVICIO | No. CAMA | CANTIDAD ENTREGADA

NOMBRE MÉDICO - REGISTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ORDEN MÉDICA - REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

Código: HOS-R-29
Versión: 0.1
Página: 1 de 1
Aprobó: Comité de Calidad

HC | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE

HORA: | EMPRESA | EPS | | EPSS | | SOAT | | V | | SERVICIO | No. CAMA | CANTIDAD ENTREGADA

NOMBRE MÉDICO - REGISTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	.ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: HOS-R-29
		Versión: 0.1
	ORDEN MÉDICA - REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 1 de 1
		Aprobó: Comité de Calidad

			HC	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

HORA:	EMPRESA	EPS		EPSS	SOAT		V		SERVICIO	No. CAMA	CANTIDAD ENTREGADA

	NOMBRE MÉDICO - REGISTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-55
		Versión : 01
	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA ADULTOS / PEDIATRÍA	Página 1 de 2
		Aprobó: Comité de Calidad

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: _____ No.Historia clínica: _____ No.Admisión: _____ Seguridad Social: _____

Fecha de ingreso al HUS: _____ Fecha de ingreso al servicio: _____ No. Unidad: _____

Servicios: _____ Nombre familiar cuidador: _____ No. Teléfono: _____

Hemoclasificación: _____ Alergias: _____ Discapacidad: _____

Diagnóstico médico: _____

Especialidad Tratante

VALORACIÓN

Fecha: _____

Usuario conoce sobre su alteración de salud Si ☐ No ☐
Sin valorar ☐

Religión: _____

Estado de conciencia: Alerta ☐ Somnoliento ☐ Estupor ☐
Coma superficial ☐ Coma profundo ☐ Glasgow:

Eliminación intestinal Espontánea ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Colostomía ☐ Ileostomía ☐ Pañal ☐

Alimentación: Independiente ☐ Asistida ☐ Nada vía oral ☐
Nutrición Enteral ☐ Tipo Sonda _____ Ubicación _____
Nutrición parenteral ☐ Cantidad de nutrición a pasar: _____

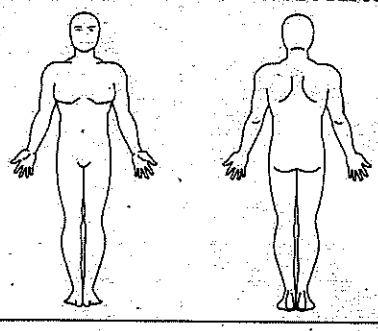
Eliminación urinaria: Espontanea ☐ Urofunda ☐ Pañal ☐
Sonda vesical: Permanente ☐ Fecha Inserción __/__/__/
Sondaje Intermitente ☐ Frecuencia _____
Cistostomía ☐ Hemodiálisis ☐ Días: _____ Dialisis ☐
c/___ /horas _____

Respiración Espontanea ☐ Dificultad respiratoria ☐
Ventilación mecánica ☐ Traqueostomía ☐
Soporte de Oxigeno: _____ F/02: _____
Litros de O_2X _____ Presencia de secreciones: ☐

Otros aspectos de valoración pertinentes: _____

Grado de dependencia para el autocuidado o actividad:
Totalmente dependiente: ☐ Parcialmente Dependiente: ☐
Totalmente Independiente: ☐

PICTOGRAMAS CORPORALES DEL ESTADO DEL USUARIO



Riesgos: Broncoaspiración: ☐ Caídas ☐ Úlcera por presión ☐
Retiro Accidental de dispositivos ☐ Suicidio ☐ Agresión ☐
Otros: _____

Presencia de heridas Quirúrgicas ☐ Localización _____
Traumática ☐ Localización _____
Vascular ☐ Localización _____
Otras: _____

Dispositivos de apoyo terapéutico: CVC ☐ Fecha de Inserción: __/__/__/ Fecha curación: __/__/__/ CVC ☐ Fecha cambio: __/__/__/ Otros _____

Dieta: _____ Glucometría: _____ Peso: _____

LEV: _____

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Administración de nutrición parenteral total		Cuidados de la ostomía		Manejo de la hipoglicemia	
Alimentación enteral por sonda		Cuidados de la sonda enteral		Manejo de la hipovolemia	
Apoyo emocional		Cuidados de las heridas		manejo de la quimioterapia	
Asistencia en la analgesia controlada		Cuidado del drenaje torácico		Manejo del dolor	
Aspiración de Secreciones		Cuidados del paciente amputado		Manejo del edema cerebral.	
Ayuda en el autocuidado		Cuidado del paciente encamado		Monitorización de líquidos	
Control de infecciones		Cuidados de tracción / inmovilización		Monitorización de signos vitales	
Cuidados cardiacos agudos		Cuidados de una prótesis		Monitorización neurológica	
cuidados del drenaje		Cuidados para la prevención de UPP		Oxigenoterapia	
Cuidados de enfermería al ingreso		Cuidados para úlceras por presión		Planificación del alta	
Cuidados de la piel zona de injerto		Cuidados retención urinaria		Precauciones con hemorragia subaracnoidea	
Cuidados de la piel zona dadora		Enseñanza individual		Preparación Quirúrgica	
Cuidados de la incontinencia intestinal		Enseñanza procedimiento - tratamiento		Prevención del suicidio	
Cuidados de la incontinencia urinaria		Manejo de la hiperglicemia		Regulación hemodinámica	

OTRAS INTERVENCIONES

AMPLIACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Aislamiento: _____ Manilla de identificación del usuario: ☐ Manilla de identificación de riesgos: ☐ ¿Cuál(es) _____ Escala de Glasgow: ☐ Barandas altas: ☐ Cama baja: ☐ Ayuda en el autocuidado: ☐ Sujeción física: ☐ Escala de Braden: ☐ Escala de Morse: ☐ Cuidados piel: ☐ Cambios de posición: ☐ c/___hrs. Protección sensorial ☐ Necesidad de acompañamiento de familiar: ☐ Otras: _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECIALES CON MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

PROCEDIMIENTOS INTERDEPENDIENTES

Terapia física: ☐ Terapia respiratoria: ☐ Terapia ocupacional: ☐ Radioterapia: ☐ Quimioterapia: ☐
Otros: _____

OTRAS ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS PENDIENTES

Materiales: ☐ Trámite de trabajo social: ☐ Traslado: _____ Salida: ☐ _____
Otros: _____

INTERCONSULTAS			IMAGENES DIAGNOSTICAS		
NOMBRE	FECHA	ESTADO	NOMBRE	FECHA	ESTADO

EXÁMENES DE LABORATORIO

NOMBRE	FECHA	ESTADO	NOMBRE	FECHA	ESTADO

Convenciones. P:Pendiente, T: Tomado o tramitado, R: Respuesta o resultado, E: Evaluado

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-56
		Versión: 0.1
	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA GINECO-OBSTETRICIA / SALA DE PARTOS	Página: 1 de 2

Nombre_____ Edad_____ Fecha de nacimiento_____

Nº Historia clínica_____ Nº Admisión_____ Seguridad Social_____ Servicio_____

Fecha de ingreso al HUS_____ Fecha de Ingreso al servicio_____ Fecha de Egreso_____

Diagnóstico médico_____

Especialidad tratante_____ Nombre familiar/cuidador_____ Nº telefónico_____

Hemoclasificación_____ Alergias_____ Discapacidad_____

G___ P___ C___ A___ E___ M___ FUM:_____ EG:_____ FPP:_____ Nº Unidad:_____

VALORACIÓN

Fecha_____

Usuario conoce sobre su alteración de salud SI☐ NO☐ Sin valorar☐ **Religión:**_____

Estado de conciencia: Alerta☐ Somnoliento☐ Estupor☐ Coma superficial☐ Coma profundo☐ Glasgow:_____

Alimentación: Independiente☐ Asistida☐ Nada vía oral☐ Nutrición Enteral: Tipo Sonda_____ Ubicación_____

Nutrición parenteral☐ Cantidad de nutrición a pasar_____ Sonda nasogástrica: SI☐ NO☐

Dieta:_____ **Glucometría :**_____ **Peso :**_____

EV_____

Respiración Espontánea☐ Dificultad respiratoria☐ Ventilación mecánica☐ Soporte de Oxígeno:_____

IO2:_____ Litros de O_2X_____ Presencia de secreciones:_____

Grado de dependencia para el autocuidado o actividad: Totalmente Dependiente: ☐ Parcialmente Dependiente: ☐

Totalmente Independiente: ☐

Presencia de heridas Quirúrgica☐ Localización☐ Traumática ☐ Localización_____

Vascular_____ Localización_____ Otras:_____

Dispositivos de apoyo terapéutico: CVC☐ Fecha Inserción:___/___/___/ Fecha curación:___/___/___/

CVP☐ Fecha cambio___/___/___/ Otros_____

Eliminación intestinal Espontánea☐ Diarrea☐ Estreñimiento☐ Colostomía☐ Ileostomía☐ Pañal☐

Eliminación urinaria: Espontánea☐ Pañal☐ Sonda vesical: Permanente☐ Fecha inserción___/___/___/

Sondaje Intermitente☐ Frecuencia_____ Cistostomía☐

Riesgos: Caídas:☐ UPP:☐ Retiro accidental de dispositivos:☐ Suicidio:☐ Agresión:☐ Sangrado:☐ Otros:_____

Otros aspectos de valoración pertinentes:

GINECOLOGÍA

Oncología: SI☐ NO☐ Cirugía: SI☐ NO☐ **Fecha de procedimiento quirúrgico:** ___/___/___/

GESTANTE

Altura uterina:___cm FCF: ___ Movimientos fetales (+/-):☐ Actividad uterina (+/-):☐ Salida de líquido amniótico: SI☐ NO☐

Gestación gemelar SI☐ NO☐ **Riesgos maternos:** Amenaza de Aborto☐ Amenaza Parto pretérmino☐ Edema pulmonar☐

Pérdida de líquido amniótico☐ Convulsión☐ Otros:_____ **Riesgos fetales:** Sufrimiento fetal☐

Muerte fetal☐ Isoinmunización☐ Retraso del crecimiento intrauterino☐ Otros:_____

GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO

Altura uterina:___cm FCF:____ Movimientos fetales (+/-)☐ Actividad uterina (+/-)☐ Salida de líquido amniótico: SI☐ NO☐

Ruptura de membranas SI☐ NO☐ Espontánea☐ Artificial☐ Borramiento:_____cm Dilatación:_____%

Monitoreo fetal SI☐ NO☐ Línea arterial SI☐ NO☐ Gestación gemelar: SI☐ NO☐ **Riesgos maternos:** Sangrado☐

Amenaza de Aborto☐ Amenaza Parto pretérmino☐ Pérdida de líquido amniótico☐ Convulsión☐ Edema pulmonar☐

Otros:_____ **Riesgos fetales:** Sufrimiento fetal☐ Muerte fetal☐

Isoinmunización☐ Retraso del crecimiento intrauterino☐ Otros:_____

PUÉRPERA

Congestión en mamas SI☐NO☐ Pezones secretantes SI☐NO☐ Involución uterina adecuada SI☐NO☐ Cesárea: SI☐ NO☐

Loquios color_____ cantidad_____ Episiotomía: SI☐NO☐ Riesgos: Hemorragia☐ Depresión☐ Otros:_____

Con RN: SI☐ NO☐ Nº: ☐ Hospitalizado: SI☐ NO☐ Lugar de hospitalización:_____ Óbito fetal☐

Mortinato☐

RECIÉN NACIDO _____

Fecha de nacimiento del recién nacido: ___/___/____/Género: M:__ F:__ EG:_____ APGAR: 1 minuto___ 5 minutos___

Peso:_____Talla:_____cm Perímetro cefálico:___cm Perímetro Toráxico:___cm **Lactancia:** SI☐ NO☐ Orina: SI☐ NO☐

Meconio: SI☐ NO☐ **Profilaxis umbilical:** SI☐ NO☐ **Respiración:** Espontánea☐ CPAP☐ Soporte de Oxigeno:_____

IO2:_____ Litros de O_2X_____ Presencia de secreciones: SI☐ NO☐ Especificar:_____

Color del recién nacido: Rosado☐ Ictérico☐ Pálido☐ Cianótico☐ Rubicundo☐ Hemoclasificación:_____ **TSH:** SI☐ NO☐

Valoración Neonatología/pediatría: SI☐ NO☐ **Vacunación:** SI☐ NO☐ Tipo:_____

Glucometría: _____hora:_____ **LEV:**_____ **Riesgos:** Broncoaspiración☐ Hipotermia

☐ Hipoglicemia☐ Ictericia☐ Otros:_____

RECIÉN NACIDO _____

Fecha de nacimiento del recién nacido: ___/___/____/Género: M:__ F:__ EG:_____ APGAR: 1 minuto___ 5 minutos___

Peso:_____Talla:_____cm Perímetro cefálico:___cm Perímetro Toráxico:___cm **Lactancia:** SI☐ NO☐ Orina: SI☐ NO☐

Meconio: SI☐ NO☐ **Profilaxis umbilical:** SI☐ NO☐ **Respiración:** Espontánea☐ CPAP☐ Soporte de Oxigeno:_____

IO2:_____ Litros de O_2X_____ Presencia de secreciones: SI☐ NO☐ Especificar:_____

Color del recién nacido: Rosado☐ Ictérico☐ Pálido☐ Cianótico☐ Rubicundo☐ Hemoclasificación:_____ **TSH:** SI☐ NO☐

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-56
		Versión: 0.1
	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA GINECO-OBSTETRICIA / SALA DE PARTOS	Página: 2 de 2

Fecha de nacimiento del recién nacido: ___/___/____/Género: M:__ F:__ EG:_____ APGAR: 1 minuto___ 5 minutos__
Peso:_____Talla:_____cm Perímetro cefálico:___cm Perímetro Toráxico:___cm **Lactancia:** SI☐ NO☐ Orina: SI☐ NO☐
Meconio: SI☐ NO☐ **Profilaxis umbilical:** SI☐ NO☐ **Respiración:** Espontánea☐ CPAP☐ Soporte de Oxigeno: _____
FIO2: _____ Litros de O_2X_____ Presencia de secreciones: SI☐ NO☐ Especificar:_____
Color del recién nacido: Rosado☐ Ictérico☐ Pálido☐ Cianótico☐ Rubicundo☐ Hemoclasificación:_____ **TSH:** SI☐ NO☐
Valoración Neonatología/pediatría: SI☐ NO☐ **Vacunación:** SI☐ NO☐ Tipo: _____
Glucometría: _____hora:_____ **LEV:** _____ **Riesgos:** Broncoaspiración☐ Hipotermi
☐ Hipoglicemia☐ Ictericia☐ Otros: _____

RECIÉN NACIDO _____

Fecha de nacimiento del recién nacido: ___/___/____/Género: M:__ F:__ EG:_____ APGAR: 1 minuto___ 5 minutos__
Peso:_____Talla:_____cm Perímetro cefálico:___cm Perímetro Toráxico:___cm **Lactancia:** SI☐ NO☐ Orina: SI☐ NO☐
Meconio: SI☐ NO☐ **Profilaxis umbilical:** SI☐ NO☐ **Respiración:** Espontánea☐ CPAP☐ Soporte de Oxigeno: _____
FIO2: _____ Litros de O_2X_____ Presencia de secreciones: SI☐ NO☐ Especificar:_____
Color del recién nacido: Rosado☐ Ictérico☐ Pálido☐ Cianótico☐ Rubicundo☐ Hemoclasificación:_____ **TSH:** SI☐ NO☐
Valoración Neonatología/pediatría: SI☐ NO☐ **Vacunación:** SI☐ NO☐ Tipo: _____
Glucometría: _____hora:_____ **LEV:** _____ **Riesgos:** Broncoaspiración☐ Hipoterm
☐ Hipoglicemia☐ Ictericia☐ Otros: _____

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Alimentación enteral por sonda		Cuidados de la sonda Gastrointestinal		Manejo de la Hiperglucemia
Apoyo emocional		Cuidados para Prevención de Ulceras por presión		Manejo de la Hipovolemia
Aspiración de las vías aéreas		Cuidados de la retención Urinaria		Manejo de la quimioterapia
Ayuda en el autocuidado		Cuidados perineales		Monitorización de líquidos
Ayuda en la lactancia materna		Cuidados por cese del embarazo		Monitorización del recién nacido
Control de infecciones		Cuidados postanestesia		Monitorización fetal electrónica
Control de hemorragias		Cuidados posparto		Monitorización de los signos vitales
Cuidados de enfermería al ingreso		Enseñanza individual		Oxigenoterapia
Cuidados de las heridas		Enseñanza individual (TSH en el RN)		Planificación del alta
Cuidados del embarazo de alto riesgo		Enseñanza prequirúrgica		Planificación familiar: anticoncepción
Cuidados del recién nacido		Enseñanza Procedimiento Tratamiento		Preparación quirúrgica
Cuidados intraparto		Facilitar el duelo: muerte perinatal		Sondaje vesical
Cuidados del drenaje		Inducción al parto		Supresión de la lactancia
Cuidados de la incontinencia Urinaria		Manejo del dolor		Supresión de las contracciones (de parto)

OTRAS INTERVENCIONES:

AMPLIACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: _____

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Mujer: Aislamiento: _____ Manilla de identificación del usuario: ☐Manilla de identificación de riesgos:☐
¿Cuál(es) _____ Escala de Glasgow: ___Barandas altas:☐ Mantener cama baja: ☐ Ayuda en el autocuidado:☐ Sujeción física: ☐ Escala de Braden: ☐ Escala de Morse: ☐ Cuidados piel: ☐ Cambios de posición: ☐c/__ hrs. Protección sensorial: ☐ Necesidad de acompañamiento de familiar: ☐ Otras: _____
Recién nacido: Manilla de identificación ☐ Toma de huellas ☐ Otras: _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECIALES CON MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

PROCEDIMIENTOS INTERDEPENDIENTES

Terapia física:☐ Terapia respiratoria:☐ Terapia ocupacional:☐ Radioterapia:☐ Quimioterapia: ☐ Otros: _____

OTRAS ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS PENDIENTES

Materiales: ☐ Trámite de trabajo social: ☐ Traslado: _____ Salida: ☐
Otros: _____

INTERCONSULTAS, EXÁMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

NOMBRE	FECHA	ESTADO	OBSERVACIONES

Convenciones: P: Pendiente T: Tomado o tramitado R: Respuesta o resultado E: Evaluado

OTRAS INTERVENCIONES

AMPLIACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Aislamiento: _____ Manilla de identificación del usuario: ☐ Manilla de identificación de riesgos: ☐ ¿Cuál(es) _____ Escala de Glasgow. ☐ Barandas altas: ☐ Cama baja: ☐ Ayuda en el autocuidado: ☐ Sujeción física: ☐ Escala de Braden: ☐ Escala de Morse: ☐ Cuidados piel: ☐ Cambios de posición: ☐ c/___hrs. Protección sensorial ☐
Necesidad de acompañamiento de familiar: ☐ Otras: _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECIALES CON MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

PROCEDIMIENTOS INTERDEPENDIENTES

Terapia física: ☐ Terapia respiratoria: ☐ Terapia ocupacional: ☐ Radioterapia: ☐ Quimioterapia: ☐
Otros: _____

OTRAS ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS PENDIENTES

Materiales: ☐ Trámite de trabajo social: ☐ Traslado: _____ Salida: ☐ _____
Otros: _____

INTERCONSULTAS			IMÁGENES DIAGNÓSTICAS		
NOMBRE	FECHA	ESTADO	NOMBRE	FECHA	ESTADO

EXÁMENES DE LABORATORIO

NOMBRE	FECHA	ESTADO	NOMBRE	FECHA	ESTADO

Convenciones. P:Pendiente, T: Tomado o tramitado, R: Respuesta o resultado, E: Evaluado

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-55
		Versión : 01
	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA ADULTOS / PEDIATRÍA	Página 1 de 2
		Aprobó: Comité de Calidad

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: _____ No.Historia clínica: _____ No.Admisión: _____ Seguridad Social: _____

Fecha de ingreso al HUS: _____ Fecha de ingreso al servicio: _____ No. Unidad: _____

Servicios: _____ Nombre familiar cuidador: _____ No. Teléfono: _____

Hemoclasificación: _____ Alergias: _____ Discapacidad: _____

Diagnóstico médico: _____

Especialidad Tratante

VALORACIÓN

Fecha: _____

Usuario conoce sobre su alteración de salud Si ☐ No ☐
Sin valorar ☐

Religión: _____

Estado de conciencia: Alerta ☐ Somnoliento ☐ Estupor ☐
Coma superficial ☐ Coma profundo ☐ Glasgow:

Eliminación intestinal Espontánea ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Colostomía ☐ Ileostomía ☐ Pañal ☐

Alimentación: Independiente ☐ Asistida ☐ Nada vía oral ☐
Nutrición Enteral ☐ Tipo Sonda——— Ubicación———
Nutrición parenteral ☐ Cantidad de nutrición a pasar:———

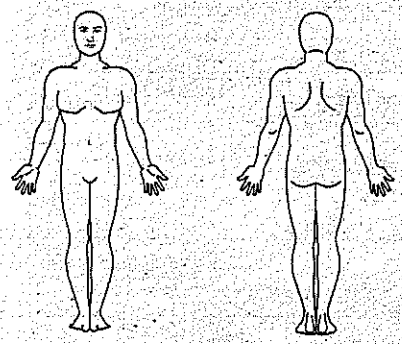
Eliminación urinaria: Espontanea ☐ Urofunda ☐ Pañal ☐
Sonda vesical: Permanente ☐ Fecha Inserción ___/___/___/
Sondaje Intermitente ☐ Frecuencia _____
Cistostomía ☐ Hemodiálisis ☐ Días: _____ Dialisis ☐
c/___ /horas _____

Respiración Espontanea ☐ Dificultad respiratoria ☐
Ventilación mecánica ☐ Traqueostomía ☐
Soporte de Oxigeno:_____ F/02:_____
Litros de O_2X _____ Presencia de secreciones: ☐

Otros aspectos de valoración pertinentes:_____

Grado de dependencia para el autocuidado o actividad:
Totalmente dependiente: ☐ Parcialmente Dependiente: ☐
Totalmente Independiente: ☐

PICTOGRAMAS CORPORALES DEL ESTADO DEL USUARIO



Riesgos: Broncoaspiración: ☐ Caidas ☐ Úlcera por presión ☐
Retiro Accidental de dispositivos ☐ Suicidio ☐ Agresión ☐
Otros: _____

Presencia de heridas Quirúrgicas ☐ Localización_____
Traumática ☐ Localización _____
Vascular ☐ Localización _____
Otras: _____

Dispositivos de apoyo terapéutico: CVC ☐ Fecha de Inserción:__/__/___/ Fecha curación: __/__/___/ CVC ☐ Fecha cambio:__/__/__/ Otros_____

Dieta:_____ Glucometría: _____ Peso:_____

LEV:_____

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Administración de nutrición parenteral total		Cuidados de la ostomía		Manejo de la hipoglicemia	
Alimentación enteral por sonda		Cuidados de la sonda enteral		Manejo de la hipovolemia	
Apoyo emocional		Cuidados de las heridas		manejo de la quimioterapia	
Asistencia en la analgesia controlada		Cuidado del drenaje torácico		Manejo del dolor	
Aspiración de Secreciones		Cuidados del paciente amputado		Manejo del edema cerebral.	
Ayuda en el autocuidado		Cuidado del paciente encamado		Monitorización de líquidos	
Control de infecciones		Cuidados de tracción / inmovilización		Monitorización de signos vitales	
Cuidados cardiacos agudos		Cuidados de una prótesis		Monitorización neurológica	
cuidados del drenaje		Cuidados para la prevención de UPP		Oxigenoterapia	
Cuidados de enfermería al ingreso		Cuidados para úlceras por presión		Planificación del alta	
Cuidados de la piel zona de injerto		Cuidados retención urinaria		Precauciones con hemorragia subaracnoidea	
Cuidados de la piel zona dadora		Enseñanza individual		Preparación Quirúrgica	
Cuidados de la incontinencia intestinal		Enseñanza procedimiento - tratamiento		Prevención del suicidio	
Cuidados de la incontinencia urinaria		Manejo de la hiperglicemia		Regulación hemodinámica	

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: ENF-R-57
		Versión: 0.1
	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA UNIDAD NEONATAL	Página: 1 de 2
		Aprobó: Comité de Calidad

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: F ☐ M ☐ Nº Historia Clínica _____ Nº Admisión _____ Seguridad Social _____
Nº Unidad _____ Fecha de Ingreso a la E.S.E. HUS _____ Fecha de Ingreso al servicio _____
Diagnóstico médico: _____

Nombre familiar/cuidador: _____ Nº telefónico: _____
Hemoclasificación: _____ EG: _____ Peso al nacer: _____

VALORACIÓN

Fecha: _____

Cuidador conoce estado de salud del RN SI ☐ NO ☐ Sin Valorar ☐

Neurológico: Tono: Normal ☐ Hipotónico ☐ Hipertónico ☐ Llanto ☐ Activo ☐

Alimentación: NVO ☐ LM ☐ FP ☐ FI ☐ FSE ☐ Succión ☐ SOG ☐ Goteo Continuo ☐ Bolo ☐ NPT ☐

Respiración: Espontánea ☐ Soporte de O_2 SI ☐ NO ☐ Cámara ☐ Cánula Nasal ☐ CPAP ☐ FIO2 Presencia de secreciones ☐

Riesgos: Broncoaspiración del recién nacido ☐
Otros: _____

Presencia de heridas: Quirúrgica ☐ Localización _____
Otros: _____

Dispositivos de apoyo terapéutico:
CVP ☐ Fecha de Inserción: _____ Fecha de cambio: _____
CVP ☐ Fecha Inserción: _____ Fecha curación: _____
C. Percutáneo ☐ Fecha Inserción: _____ C. Umbilical ☐
Otros: _____

Glucometría: ☐ Valor: _____ Hora: _____
LEV: _____

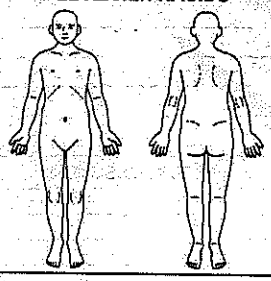
Religión:

Eliminación intestinal: Meconio: SI ☐ NO ☐ Normal ☐ B/A ☐ B/V ☐ Colostomía ☐

Eliminación urinaria: Normal ☐ Alterada ☐
Tipo de alteración: _____

Otros aspectos de valoración pertinentes:
Color: Rosado ☐ Ictérico ☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Rubicundo ☐

PICTOGRAMA CORPORAL DEL ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO



CONTROLES DE PESO Y ALIMENTACIÓN

FECHA										
PESO										
FECHA										
ALIMENTACIÓN										

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Alimentación enteral por sonda		Cuidados del recién nacido		Manejo de la hipoglicemia	
Alimentación por biberón		Cuidados de la sonda enteral		Manejo de la hipovolemia	
Administración medicamentos		Cuidados de las heridas		Mantenimiento de dispositivos de acceso venosos	
Apoyo emocional		Cuidado Muñón Umbilical		Monitorización del recién nacido	
Ayuda en la lactancia materna		Fototerapia: Neonato		Monitorización de líquidos	
Aspiración de secreciones		Enseñanza individual		Monitorización de signos vitales	
Control de infecciones		Manejo del color		Oxigenoterapia	
Cuidados de enfermería al ingreso		Manejo Nutrición parenteral		Preparación quirúrgica	
Cuidados de la ostomía		Manejo de electrolitos: Hipocalcemia		Planificación del alta	
Cuidados del catéter umbilical		Manejo de la hiperglicemia		Regulación de la temperatura	

Otras intervenciones:

Ampliación de actividades de enfermería:

Medidas de seguridad: Aislamiento: _____
Cuidados piel ☐ Cambios de posición: ☐ c/ ___ hrs de acuerdo al protocolo de Mínima manipulación
Manilla de identificación ☐ Toma de huellas: SI ☐ NO ☐

Otras actividades o procedimientos pendientes:
Trámite de trabajo social: ☐ Traslado: _____
Salida: _____
☐ Otros: _____

MEDICAMENTOS

Fecha Inicio	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Día N°	Fecha suspensión

Cuidados de enfermería especiales con medicamentos específicos:

INTERCONSULTAS				EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS Y OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS			
Nombre	Fecha	Hora	Estado	Nombre	Fecha	Hora	Estado
			P				P
			T				T
			R				R
			E				E
			P				P
			T				T
			R				R
			E				E
			P				P
			T				T
			R				R
			E				E
			P				P
			T				T
			R				R
			E				E

LABORATORIOS

Nombre	Fecha	Resultados	Nombre	Fecha	Resultados

Convenciones: P: Pendiente T: Tomado o tramitado R: Respuesta o resultado E: Evaluado

FARMACODEPENDENCIA (PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE O MEDICO) SI NO
TRANSFUSIONES SANGUINEAS
SI ☐ NO ☐ EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS FECHA
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE
SIFILIS GONOCOCO HERPES CONDILOMA
CLAMIDIA UREAPLASMA
DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS
FUERA DEL PAÍS SI ☐ NO ☐ LUGAR
CONTACTO SEXUAL CON PERSONA DIFERENTE
FECHA TIEMPO
EN EL PAÍS SI ☐ NO ☐ LUGAR
FECHA TIEMPO
ANTECEDENTES DE SIDA
PADRE MADRE ESPOSO HIJO OTRO
RS

EF PESO	TA	T°	FC	FR

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
LABORATORIO
FIRMA DEL PACIENTE
CC
MEDICO (NOMBRE)
CODIGO
INFORME LABORATORIO
PRUEBA PRESUNTIVA - DUO (ELFA)
NOMBRE RESPONSABLE FIRMA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: LC-R-05
		Versión: 0.1
	PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA	Página 1 de 2
		Aprobó: Comité de Calidad

INFORMACIÓN GENERAL

SERA LLENADO EN PACIENTES A QUIENES SE LES PRESTE EL SERVICIO

NOMBRE:

HISTORIA CLÍNICA: FECHA: D M A

EDAD: AÑOS: SEXO: MASCULINO FEMENINO

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ UNIÓN LIBRE ☐
SEPARADO ☐ OTRO ☐

RESIDENCIA HABITUAL: BARRIO:

MUNICIPIO: DEPARTAMEN[illegible]

OCUPACIÓN: TELÉFONO:

HISTORIA CLÍNICA

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO RESIDENTE O MEDICO AUXILIAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

HC:

EA:

AP:(INFECCIONES, DIARREA DE MAS DE DOS MESES, PERDIDA DE PESO, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, CANCER, ETC)

COMPORTAMIENTO SEXUAL: (LLENADO POR EL MEDICO O EL PACIENTE)

CONDICIÓN SEXUAL	HOMOSEXUAL	BISEXUAL
	HETEROSEXUAL	OTRO
TIPO DE RELACIÓN	OROGENITAL	GENITAL -GENITAL
	ANOGENITAL	OTRO
COMPAÑERO SEXUAL	ESTABLE _____	PROMISCU@ _____
NUMERO DE COMPAÑER@S _____	POR AÑO _____	

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	

HUELLA DACTILAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER RECIÉN NACIDO	Código: HOS-R-37 Versión: 0.1 Página: 1 de 2 Aprobó: Comité de Calidad

MADRE: _____ Edad _____

G: ☐ P: ☐ ☐ C: ☐ Grupo Sanguíneo: ____ Rh: _____ Serología: _____

Patológicos _____

PADRE: _____ Edad _____

Grupo Sanguíneo: ____ Rh: _____ Patológicos _____

EMBARAZO N_____ Patológico _____

Fecha posible de parto _____

PARTO _____ Vaginal _____ Cesárea _____

Causas _____

Duración 1er período _____ 2do período _____

Instrumentación _____ Medicación _____

T. de rup de membranas _____ Liq. Amniótico _____

Anomalías de Placenta _____ Anoma. del Cordón _____

..... 1 min _____ 5 min. _____

Fecha de Nacimiento _____ Hora _____

EXAMEN FÍSICO P _____ P.C _____ P.T _____

Sexo Masculino ☐

Femenino ☐ Grupo Sanguíneo ____ Rh _____ Serología _____

FECHA			HORA											
DÍA	MES	AÑO												

Huella Dactilar Pie Izquierdo

Huella Dactilar Pie Derecho

RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUÉS DE DONAR SANGRE

GAT-HEM-AN-03, Versión 4

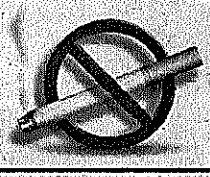
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

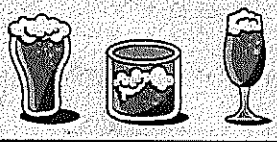
1. Permanezca sentado 10 minutos después de la donación. Levántese cuando se le indique



2. No fume las 2 horas siguientes a la donación.



3. No consuma bebidas alcohólicas en las siguientes 4 horas.



4. En los siguientes 30 minutos evite conducir auto, moto, bicicleta, patines o subir escaleras



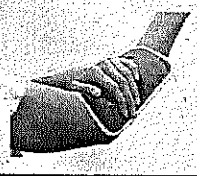
5. Ingiera abundante cantidad de liquidos en las siguientes 12 horas.



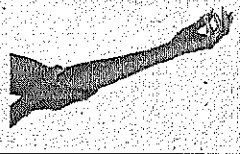
6. En las siguientes 12 horas evite trabajo o ejercicio que requiera fuerza significativa, precisión o rapidez de reflejo (operar gruas o maquinaria, levantar objetos pesado-



7. En caso de hematoma colóquese hielo en el sitio de la punción.



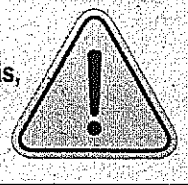
8. En caso de sangrado en el sitio de la punción eleve el brazo y haga presión durante 5 a 10 minutos.



9. Hoy NO practique deportes de exigencia física significativa (por ejemplo natación, fútbol, atletismo).



10. Si en los próximos cinco días presenta alguno de los siguientes síntomas:
Fiebre, Dolor articular,
Rash (broto en la piel), Nauseas,
Vomito, Diarrea
Favor comunicarse al
Hemocentro de Santander



NOTA: Si presenta dolor intenso, hematoma, sangrado, sensación de hormigueo y/o adormecimiento en el brazo de la punción, después de 24 horas de la donación, acuda al Hemocentro de Santander: Tel: 6910030 ext. 471 hemocentrodesantander@hus.gov.co

RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUÉS DE DONAR SANGRE
GAT-HEM-AN-03, Versión 4
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

1. Permanezca sentado 10 minutos después de la donación. Levántese cuando se le indique



2. No fume las 2 horas siguientes a la donación.



3. No consuma bebidas alcohólicas en las siguientes 4 horas.



4. En los siguientes 30 minutos evite conducir auto, moto, bicicleta, patines o subir escaleras



5. Ingiera abundante cantidad de líquidos en las siguientes 12 horas.



6. En las siguientes 12 horas evite trabajo o ejercicio que requiera fuerza significativa, precisión o rapidez de reflejo (operar grúas o maquinaria, levantar objetos pesados).



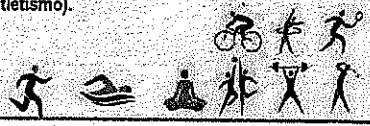
7. En caso de hematoma colóquese hielo en el sitio de la punción.



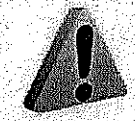
8. En caso de sangrado en el sitio de la punción, eleve el brazo y haga presión durante 5 a 10 minutos.



9. Hoy NO practique deportes de exigencia física significativa (por ejemplo natación, fútbol atletismo).



10. Si en los próximos cinco días presenta alguno de los siguientes síntomas:
Fiebre, Dolor articular,
Rash (broto en la piel), Nauseas,
Vomito, Diarrea
Favor comunicarse al
Hemocentro de Santander



NOTA: Si presenta dolor intenso, hematoma, sangrado, sensación de hormigueo y/o adormecimiento en el brazo de la punción, después de 24 horas de la donación, acuda al Hemocentro de Santander: Tel: 6910030 ext. 471 hemocentrodesantander@hus.gov.co

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA, PARA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO: GINECO - OBSTETRICIA / SALA DE PARTOS

ENF-FO-77

PROCESO ENFERMERÍA

VERSIÓN 1

PÁGINA 1

FECHA: _____ SERVICIO: _____ TURNO: DÍA ( ) NOCHE ( )

HABITACIÓN / No. CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE / No. HISTORIA CLÍNICA	TA	TAM	FC / PULSO	FR	T°	SO2	GL	PESO (KG)	DAT	E/F	ADMINISTRADOS					ELIMINADOS				BALANCE	CUIDADOS ESPECIALES	CUIDADOS ESPECIALES DEL RECIEN NACIDO						LEV		
												CA	VIA	CLASE	MA	TOTAL	ORINA	OTROS	CLASE	TOTAL			ONFALO SI	ONFALO NO	SUCCIÓN SI	SUCCIÓN NO	DEPOSICIÓN SI	DEPOSICIÓN NO	DAT CC/H	PESO (KG)	OBSERVACIONES

CONVENCIONES:

DISPOSITIVO DE APOYO TERAPÉUTICO	DAT
CANTIDAD A ADMINISTRAR	CA
MEDICACIÓN AGREGADA	MA
CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE	CVI
SONDA VESICAL	SV
CATETER VENOSO PERIFERICO	CVP
CATETER PERCUTANEO	CP
CATETER VENOSO CENTRAL	CVC
PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA	CPAP
TUBO OROTRAQUEAL	TOT
GOTEO CONTINUO	GC
SONDA NASOGASTRICA	SNG

CONVENCIONES:

SONDA DE GASTRONOMÍA	SGT
SONDA DE CISTOSTOMÍA	SC
TUBO A TORAX	TAT
TRAQUEOSTOMIA	TQ
TOLERA LA VIA ORAL	TVO
SALIDA	S
SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA	SPN
AYUNO	A
DEPOSICIÓN	A
PACIENTE PARA CIRUGÍA	D
SONDA OROGASTRICA	SOG
GOTEO INTERMITENTE	GI

ESCALAS Y / FORMATOS

ESCALAS Y/O FORMATOS	E/F
FORMATO DE ACOGIDA	FA
FORMATO DE EGRESO	FE
LISTA DE CHEQUEO PARA CIRUGIA	LCX
TRASLADO INTRAINSTITUCIONAL	TI
TRASLADO EXTRAINSTITUCIONAL	TE
ESCALA DE MORSE	EM
ESCALA DE BRADEN	EB
VALORACIÓN NEUROLÓGICA	VN
IRRIGACIÓN URINARIA	IU
CONTROL DE DRENAJES	CD

BRAZALETES

BRAZALETES	B
BLANCO (IDENTIFICACIÓN)	B-B
NARANJA (CAÍDAS)	B-N
ROJA (ALERGIAS)	B-R
VERDE (CIRUGÍA)	B-V
SEXO FEMENINO ROSADO	SFR
SEXO MASCULINO CELESTE	SMC

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA, PARA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO: GINECO - OBSTETRICIA / SALA DE PARTOS

PROCESO ENFERMERÍA

ENF-FO-77
VERSIÓN 1
PÁGINA 1

FECHA: ____________________ SERVICIO: ____________________ TURNO: DÍA ( ) NOCHE ( )

HABITACIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	TA	TAM	FC	FR	T°	SO2	GL	PESO	DAT	E/F	ADMINISTRADOS					ELIMINADOS				BALANCE	CUIDADOS ESPECIALES	CUIDADOS ESPECIALES DEL RECIEN NACIDO						LEV		
																							ONFALO		SUCCIÓN		DEPOSICIÓN		DAT	PESO	OBSERVACIONES
No. CAMA	No. HISTORIA CLÍNICA			PULSO					(KG)			CA	VIA	CLASE	MA	TOTAL	ORINA	OTROS	CLASE	TOTAL			SI	NO	SI	NO	SI	NO	CCH	(KG)	

NOMBRE DE ENFERMERA QUE ENTREGA: ____________________ FIRMA: ____________________
NOMBRE DE ENFERMERA QUE RECIBE: ____________________ FIRMA: ____________________
NOMBRE DE AUXILIAR ENFERMERÍA QUE ENTREGA: ____________________ FIRMA: ____________________
NOMBRE AUXILIAR ENFERMERÍA QUE RECIBE: ____________________ FIRMA: ____________________

3

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA, PARA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO: ADULTOS / PEDIATRÍA	ENF-FO-76
	PROCESO ENFERMERÍA	VERSIÓN 1
		PÁGINA 1

FECHA: _____ SERVICIO: _____ TURNO: DÍA( ) NOCHE: ( )

HABITACIÓN / No. CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE / No. HISTORIA CLINICA	TA	TAM	FC / PULSO	FR	T	SO2	GL	PESO (KG)	DAT	E/F	ADMINISTRADOS					ELIMINADOS				BALANCE	OBSERVACIONES
												CA	VIA	CLASE	MA	TOTAL	ORINA	OTROS	CLASE	TOTAL		

CONVENCIONES:

DISPOSITIVO DE APOYO TERAPÉUTICO	DAT
CANTIDAD A ADMINISTRAR	CA
MEDICACIÓN AGREGADA	MA
CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE	CVI
SONDA VESICAL	SV
CATETER VENOSO PERIFERICO	CVP
CATETER PERCUTANEO	CP
CATETER VENOSO CENTRAL	CVC
PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA	CPAP
TUBO OROTRAQUEAL	TOT
GOTEO CONTINUO	GC
SONDA NASOGASTRICA	SNG

CONVENCIONES:

SONDA DE GASTRONOMIA	SGT
SONDA DE CISTOSTOMIA	SC
TUBO A TORAX	TAT
TRAQUEOSTOMIA	TQ
TOLERA LA VÍA ORAL	TVO
SALIDA	S
SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA	SPN
AYUNO	A
DEPOSICIÓN	A
PACIENTE PARA CIRUGÍA	D
SONDA OROGASTRICA	SOG
GOTEO INTERMITENTE	GI

ESCALAS Y/O FORMATOS

ESCALAS Y/O FORMATOS	E/F
FORMATO DE ACOGIDA	FA
FORMATO DE EGRESO	FE
LISTA DE CHEQUEO PARA CIRUGIA	LCX
TRASLADO INTRAINSTITUCIONAL	TI
TRASLADO EXTRAINSTITUCIONAL	TE
ESCALA DE MORSE	EM
ESCALA DE BRADEN	EB
VALORACIÓN NEUROLÓGICA	VN
IRRIGACIÓN URINARIA	IU
CONTROL DE DRENAJES	CD

BRAZALETES

BRAZALETES	B
BLANCO (IDENTIFICACIÓN)	B-B
NARANJA (CAÍDAS)	B-N
ROJA (ALERGIAS)	B-R
VERDE (CIRUGÍA)	B-V
SEXO FEMENINO ROSADO	SFR
SEXO MASCULINO CELESTE	SMC

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA, PARA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO: ADULTOS / PEDIATRÍA

PROCESO ENFERMERÍA

ENF-FO-76
VERSIÓN 1
PÁGINA 2

FECHA: ____________ SERVICIO: ____________ TURNO: DÍA( ) NOCHE: ( )

HABITACIÓN / No. CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE / No. HISTORIA CLINICA	TA	TAM	FC / PULSO	FR	T	SO2	GL	PESO (KG)	DAT	E/F	ADMINISTRADOS					ELIMINADOS				BALANCE	OBSERVACIONES
												CA	VIA	CLASE	MA	TOTAL	ORINA	OTROS	CLASE	TOTAL		

NOMBRE DE ENFERMERA QUE ENTREGA: ____________ FIRMA: ____________

NOMBRE DE ENFERMERA QUE RECIBE: ____________ FIRMA: ____________

NOMBRE DE AUXILIAR ENFERMERÍA QUE ENTREGA: ____________ FIRMA: ____________

NOMBRE AUXILIAR ENFERMERÍA QUE RECIBE: ____________ FIRMA: ____________

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA, PARA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO: UNIDAD NEONATAL

ENF-FO-78
VERSIÓN 1
PÁGINA 1

PROCESO ENFERMERÍA

FECHA: _____ SERVICIO: _____ TURNO: DÍA ( ) NOCHE ( )

HABITACIÓN / No. CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE / No. HISTORIA CLÍNICA	TA	TAM	FC / PULSO	FR	T°	SO2	GL	PESO (KG)	ORIFALO SI	ORIFALO NO	DAT		E/F	SUCCIÓN SI	SUCCIÓN NO	BAVAJE SI	BAVAJE NO	GC SI	GC NO	GI SI	GI NO	ADMINISTRADOS CA	ADMINISTRADOS VIA	ADMINISTRADOS CLASE	ADMINISTRADOS MA	ADMINISTRADOS TOTAL	ELIMINADOS ORINA	ELIMINADOS OTROS	ELIMINADOS CLASE	ELIMINADOS TOTAL	BALANCE	GU	DEPOSICIÓN SI	DEPOSICIÓN NO	OBSERVACIONES

CONVENCIONES:

DISPOSITIVO DE APOYO TERAPÉUTICO	DAI
CANTIDAD A ADMINISTRAR	CA
MEDICACIÓN AGREGADA	MA
CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE	CVI
SONDA VESICAL	SV
CATETER VENOSO PERIFERICO	CVP
CATETER PERCUTANEO	CP
CATETER VENOSO CENTRAL	CVC
PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA	CPAP
TUBO OROTRAQUEAL	TOT
GOTEO CONTINUO	GC
SONDA NASOGASTRICA	SNG

CONVENCIONES:

SONDA DE GASTRONOMÍA	SGT
SONDA DE CISTOSTOMIA	SC
TUBO A TORAX	TAT
TRAQUEOSTOMIA	TO
TOLERA LA VIA ORAL	TVO
SALIDA	S
SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA	SPN
AYUNO	A
DEPOSICIÓN	A
PACIENTE PARA CIRUGÍA	D
SONDA OROGASTRICA	SOG
GOTEO INTERMITENTE	GI

ESCALAS Y / FORMATOS

ESCALAS Y/O FORMATOS	E/F
FORMATO DE ACOGIDA	FA
FORMATO DE EGRESO	FE
LISTA DE CHEQUEO PARA CIRUGIA	LCX
TRASLADO INTRAINSTITUCIONAL	TI
TRASLADO EXTRAINSTITUCIONAL	TE
ESCALA DE MORSE	EM
ESCALA DE BRADEN	EB
VALORACIÓN NEUROLÓGICA	VN
IRRIGACIÓN URINARIA	IU
CONTROL DE DRENAJES	CD

BRAZALETES

BRAZALETES	B
BLANCO (IDENTIFICACIÓN)	B-B
NARANJA (CAÍDAS)	B-N
ROJA (ALERGIAS)	B-R
VERDE (CIRUGÍA)	B-V
SEXO FEMENINO ROSADO	BFR
SEXO MASCULINO CELESTE	BMO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA, PARA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO: UNIDAD NEONATAL

PROCESO ENFERMERÍA

ENF-FO-78
VERSIÓN 1
PÁGINA 2

FECHA: _____ SERVICIO: _____ TURNO: DÍA ( ) NOCHE ( )

HABITACIÓN / No. CAMA	NOMBRE DEL PACIENTE / No. HISTORIA CLÍNICA	TA	TAM	FC / PULSO	FR	T°	SO2	GL	PESO (KG)	ONFALO SI	ONFALO NO	DAT	E/F	SUCCIÓN SI	SUCCIÓN NO	GAVAJE SI	GAVAJE NO	GC SI	GC NO	GI SI	GI NO	ADMINISTRADOS CA	ADMINISTRADOS VIA	ADMINISTRADOS CLASE	ADMINISTRADOS MA	ADMINISTRADOS TOTAL	ELIMINADOS ORINA	ELIMINADOS OTROS	ELIMINADOS CLASE	ELIMINADOS TOTAL	BALANCE	GU	DEPOSICIÓN SI	DEPOSICIÓN NO	OBSERVACIONES

NOMBRE DE ENFERMERA QUE ENTREGA: _____ FIRMA: _____
NOMBRE DE ENFERMERA QUE RECIBE: _____ FIRMA: _____
NOMBRE DE AUXILIAR ENFERMERÍA QUE ENTREGA: _____ FIRMA: _____
NOMBRE AUXILIAR ENFERMERÍA QUE RECIBE: _____ FIRMA: _____

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código:
		Versión:
	REGISTRO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGÍA	Página 1 de 1
		Aprobó:

AÑO: _____ SERVICIO: _____

TOMA DE LA MUESTRA		HISTORIA CLÍNICA PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO DE MUESTRA	TRANSPORTE DE LA MUESTRA A PATOLOGÍA			RECEPCIÓN DE LA MUESTRA EN PATOLOGÍA		
FECHA	HORA				RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESPONSABLE	FECHA	HORA

SOCIALIZACIÓN A USUARIOS Y/O FAMILIAS
GMC-GCA-FO-45, Versión 1
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

TEMA DE SOCIALIZACIÓN A USUARIOS Y/O FAMILIAS	
RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN A USUARIOS Y/O FAMILIAS	

ASISTENTES

FECHA			NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CÉDULA	INFORMACIÓN ENTREGADA EN:			SERVICIO Y/O ÁREA DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE ENTREGO INFORMACIÓN	FIRMA
DÍA	MES	AÑO			FÍSICO	VERBAL	VIRTUAL		

3000

27

SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA-CIRUGÍA
GSQ-ANS-FO-01, Versión 1
GESTIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
N° H.C: _____ Servicio: _____ Cama: _____
Diagnóstico: _____ Estado del Paciente: B R N
Operación: _____ Clasificación ASA: 1 2 3 4 5 U
Cirujano: _____ Ayudantes 1: _____ 2: _____
Fecha: _____ Séptica: _____ Laboratorio:
Hora: _____ Sangre: _____ Rayos: _____
Duración: _____ Otros: _____

Anestesia Solicitada:	Firma Responsable:	Anestesiólogo:
		Ayudante:
		Sala:
Hora Programada:	Hora Inicio:	Hora Final:

Complicaciones Quirúrgicas:	Complicaciones Anestesia:
Instrumentadora:	Circulante:

Procedencia: U R Lugar: _____	Patología (Espécimen):	Firma Anestesiólogo Responsable:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: HOS-R-07
		Versión: 0.1
	SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA DE LA INSTITUCIÓN	Página 1 de 1
		Aprobó: Comité de Calidad

Lugar:_____

Fecha:_____

Por la presente, yo_____**con C.C, No.** _____**declaro que se me ha informado que para poder tratar la enfermedad que padezco**_____ **requiero mantenerme más tiempo hospitalizado en la institución, pues es la única forma de poder completar mi tratamiento y que se me garantice una posible solución parcial o total a mi patología.**

tanto los médicos como el personal de enfermería me han explicado la importancia de completar mi tratamiento dentro del Hospital; no obstante, en forma libre, voluntaria y consiente he decidido no aceptar más este tratamiento y no quiero continuar en el Hospital.

Declaro que deseo irme voluntariamente para mi casa, aún habiéndoseme explicado el riesgo de una recaída o complicación.

Para constancia de lo anterior firmo ante testigos de mi confianza, el día _____ **de** _____ **año** _____ **ante el médico tratante y el enfermero jefe del servicio.**

_____ _____

Firma Paciente
C.C:

Firma Médico tratante
C.C:

Testigos:

_____ _____

Firma Testigo
C.C:

Huella

9000

SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS A ESTERILIZAR
SQ-ES-FO-01, Versión 1
PROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombre del Cliente:	*Entrega de la solicitud:*
Fecha de recibido:	*Hora de recibido:*
Fecha de despacho:	*Hora despacho:*

NOMBRE DEL ELEMENTO	INSUMOS A ESTERILIZAR				INSUMOS ESTÉRILES		
	Cantidad entregada	CANTIDAD RECIBIDA			Cantidad Despachada	Cantidad Pendiente	Responsable entrega
		Sterrad	Vapor	VBTF			

Especificaciones de la solicitud:

30.000

3

TARJETA DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-42, Versión 2
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

SERVICIO:									No. CAMA:															
NOMBRE:									ALERGIAS:															
No. HC:		No. INGRESO:			PESO:				RESTRICCIÓN HÍDRICA:															
Fecha / Hora de Inicio	Medicamento y presentación	Dosis y Frecuencia	Reconst.	Dilución	T. de infusion	Vía	Cuidados especiales		Horario															Nombre
									8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6				
LEV:				NPT:			GLUCOMETRIAS																	

TARJETA DE MEDICAMENTOS
GAT-FAR-FO-42, Versión 2
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NOMBRE:

ALERGIAS:

No. HC: | No. INGRESO: | PESO: | RESTRICCIÓN HÍDRICA:

Fecha / Hora de inicio	Medicamento y presentación	Dosis y Frecuencia	Reconst.	Dilución	T. de infusion	Vía	Cuidados especiales	Horario 8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	Nombre
LEV:				NPT:			GLUCOMETRIAS													

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Código:
Versión
Página 1/1

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

No. 783

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA

Que en el Presupuesto de Gastos la entidad, para la vigencia 2022 existe disponibilidad en el (los) siguiente(s) rubro(s) presupuestal(es)

RUBRO	NOMBRE DEL RUBRO	VALOR
2.1.2.02.01.003.01	*MATERIALES Y SUMINISTROS ADMINISTRATIVO*	*108.000.000,00*
Saldo Rubro:	*224.185.812,00*	

Valor Total del Certificado: 108.000.000,00

OBJETO CDP : SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRAFIA PARA LA ESE HUS

Por un plazo hasta **31/12/2022**

Expedido en Bucaramanga a **13/06/2022**

DRA. OFELMINA DELGADO MANRIQUE
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4]

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

CERTIFICA:

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva N°034 de noviembre 19 de 2021, por medio del cual se fija el Plan Anual de Compras de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, para la vigencia fiscal comprendida entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2022.

Que, en el Acuerdo antes mencionado, en el Artículo dos reza así: "Que la Unidad Funcional de Recursos Físicos, Oficinas Asesoras y Subgerencias, adelantaron la revisión análisis y proyección de los Gastos de personal, Gastos Generales, Transferencias y Gastos de Operación Comercial y prestación de servicios".

Por lo antes expuesto, en el Plan de Compras 2022 en Gastos de Funcionamiento quedó establecido el Rubro **N°2.1.2.02.01.003.01**denominado **MATERIALES Y SUMINISTROS ADMINISTRATIVO** y en atención a que se tiene disponibilidad presupuestal, se expide **CDP No.783 del 13 de junio del 2022** por parte del Profesional Universitario de Presupuesto, cuyo objeto es: SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS

Se firma en Bucaramanga a los trece (13) días del mes de junio de 2022.

DR. JUAN CARLOS SUPELANO VILLAMIZAR
Subgerente Administrativo y Financiero

Proyecto: Ing. Jorge Duran
Profesional Universitario - Contratista

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS.

ANEXO – ESTUDIO DEL SECTOR

REQUERIMIENTO
488 DE 2022

Bucaramanga, Julio 11 de 2022

INTRODUCCIÓN

La **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**, fue creada mediante el Decreto Departamental 025 de 2005, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrito a la Secretaría de Salud Departamental. Con el objeto de prestar servicios de salud de segundo, tercer nivel y alta complejidad, entendido como un servicio público a cargo del Departamento y como parte del sistema de seguridad social en salud. Además como un campo de práctica de docencia asistencial de la Facultad de medicina de la Universidad Industrial de Santander.

Siendo la ESE HUS una Entidad pública se hace necesario asegurar el cumplimiento de los fines esenciales del estado, a quien le corresponde organizar, dirigir, reglamentar la prestación del servicio de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad, igualdad y solidaridad y según lo estipula la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 donde establece que la atención de la salud es servicio público a cargo del estado, donde se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud, promoción, protección y recuperación de la salud.

Para dar cumplimiento al referido objeto, la ESE HUS garantiza la atención oportuna y eficiente a los usuarios de la institución en razón a los diferentes servicios prestados; ofreciendo una mejor cobertura en salud a la población y mayor calidad de vida, para lo que ha diseñado una serie de formatos institucionales, los cuales son utilizados para el diligenciamiento de información en los diferentes servicios asistenciales y administrativos de la entidad, al igual que material didáctico (afiches, agendas, pendones, pines metálicos, entre otros) necesario para el proceso de Acreditación de la institución.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la ESE HUS no posee una litografía para elaborar los formatos impresos y el material didáctico aquí descritos, se hace necesario la presentación del requerimiento simple para el suministro de material litográfico que incluye la elaboración de papelería impresa y material de apoyo, a fin de garantizar un stock que contribuya a la prestación del servicio médico asistencial de la ESE HUS, permitiendo una atención oportuna y continua para beneficio de la comunidad en general y el normal desarrollo de los procesos misionales y administrativos de la institución.

El material descrito en el presente requerimiento corresponde a fichas o muestras debidamente aprobadas por la ESE HUS.

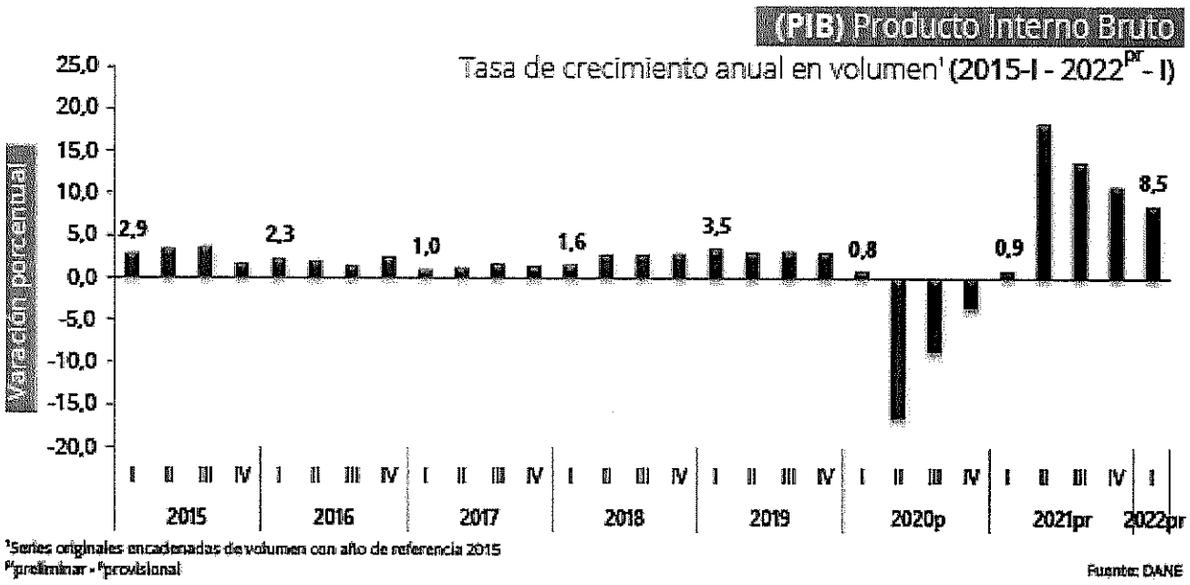
De otra parte, es relevante resaltar que el hecho de no materializarse la contratación de estos insumos se afecta la prestación de los servicios médicos y asistenciales.

1. ANÁLISIS DEL MERCADO

1.1. ASPECTOS ECONÓMICOS:

Por tratarse de la contratación para el suministro de material litográfico para la **ESE HUS**, cumpliendo las leyes y las normas técnicas vigentes, se tendrá en cuenta la dinámica del sector tomando como procedente la contratación realizada por entidades estatales.

- **Producto Interno Bruto (PIB)**



En el primer trimestre de 2022pr, el Producto Interno Bruto, en su serie original, crece 8,5% respecto al mismo periodo de 2021 pr. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son:

- Comercio al por mayor y al por menor; Reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida crece 15,3% (contribuye 3 puntos porcentuales a la variación anual).

- Industrias manufactureras crece 11,1% (contribuye 1,4 puntos porcentuales a la variación anual).

- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; Actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio crece 35,7% (contribuye 1,1 puntos porcentuales a la variación anual).

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el Producto Interno Bruto en su serie ajustada por efecto estacional y calendario crece 1,0%. Esta variación se explica principalmente por la siguiente dinámica:

- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; Actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio crece 11,9%.

- Información y comunicaciones crece 3,9%.

- Industrias manufactureras crece 1,4%.

- **<u>Índice de precios del consumidor (IPC)</u>**

(IPC) Índice de Precios al Consumidor

Variación mensual, año corrido y anual - Total nacional - 2021 - 2022 (marzo)

IPC	Marzo					
	Variación mensual		Variación año corrido		Variación anual	
	2022	2021	2022	2021	2022	2021
IPC total	1,00	0,51	4,36	1,56	8,53	1,51

Fuente: DANE, IPC

En el mes de marzo de 2022, el IPC registró una variación de 1,00% en comparación con febrero de 2022, tres divisiones se ubicaron por encima del promedio nacional (1,00%): Alimentos y bebidas no alcohólicas (2,84%), Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar (1,83%) y por último, Restaurantes y hoteles (1,42%). Por debajo se ubicaron: Bienes y servicios diversos (1,00%), Salud (0,97%), Bebidas alcohólicas y tabaco (0,86%), Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (0,58%), Transporte (0,37%), Educación (0,30%), Recreación y cultura (0,01%), Información y comunicación (-0,19%) y por último, Prendas de vestir y calzado (-1,78%).

- **Sector servicios**

(EMS) Encuesta Mensual de Servicios

Variación anual de los ingresos nominales - Total nacional (febrero 2022* / febrero 2021)



Fuente: DANE *p: Cifra provisional

En febrero de 2022, quince de los dieciocho subsectores de servicios presentaron variación positiva en el personal ocupado total, en comparación con febrero de 2021.

1.2. ASPECTOS TÉCNICOS:

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
3	TARJETA MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).

5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADA. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR

	Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
29	FORMATO AUTOEXCLUSION Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
35	FORMATO HOJA DE GASTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO – SIAU - Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).

52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
55	FORMATO PRESTAMO DE EQUIPOS BIOMEDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTOS DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA – Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
66	FORMATO RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.
67	**CHUSPAS INSTITUCIONALES.** **Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).**
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.
69	**CARPETAS HISTORIA CLINICA** **Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.**
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
76	**CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND.** Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.
77	**CARTILLA EN PROPALCOTE** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
78	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).

79	**CARTILLA EN OPALINA** Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)
80	**CARNÉT.** Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).
81	**CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA.** Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
82	**CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS.** Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina bristol, según modelo dado por la ESE HUS.
83	**CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO.** Descripción: En cartulina bristol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
84	**VOLANTES A UNA TINTA.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)
85	**VOLANTES A FULL COLOR.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)
86	**PLEGABLES.** Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)
87	**MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA** Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
88	**MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS** Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
89	**AFICHES** Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)
90	**MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS.** Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)
91	**LIBRETA TIPO CONGRESO** Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
92	**BOTÓN CON PIN METÁLICO** Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)
93	**LIBRETA TIPO CUADERNO** Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
94	**BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA** Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)
95	**TACOS DE PAPEL BOND.** Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad
96	**CINTAS PARA PORTAR EL CARNET** Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.
97	**PORTA CARNET** Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).
98	**LAPICERO.** Descripción: Lapicero retráctil con Logos HUS – Acreditación cuerpo en cartón Unidad (1)
99	**LLAVERO** Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)
100	**PENDONES.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)
101	**CARTELERAS EN MDF.** Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)
102	**PENDONES TIPO ARAÑA.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)
103	**PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS.** Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.
104	**CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.
105	**AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.

106	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA** Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
Los Ítems que son de adhesivos, tarjetas, cartulina o bond 90, o bond 115 gramos deberán ser entregados en empaques de 100 unidades cada uno. ***Los ítems 67 y 69, no se adjunta modelo porque serán solicitados al proveedor según pautas determinadas por la ESE HUS.*** ***Los Ítems que sean de papel Bond o periódicos deberán ser entregados de 100 hojas cada uno.*** ***Del ítem 76 al 106 no se adjuntan modelos teniendo en cuenta que le serán solicitados al proveedor según pautas, contenidos y parámetros requeridos en determinado momento por las diferentes áreas de la ESE HUS.***	

1.3 ASPECTOS REGULATORIO:

Las condiciones regulatorias para los servicios a contratar deberán regirse bajo el procedimiento de contratación:

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 80 de 1993 - Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- Ley 1150 de 2007 - Medidas para la eficiencia y la transparencia.
- Ley 1474 de 2011 - Normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Resolución No. 5185 de 2013, Ministerio de Salud y de la Protección Social - Lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación.
- Decreto 025 de 2005, Gobernación de Santander.
- Resolución No 260 de 2020 de la ESE HUS – Manual de contratación.
- Acuerdo de Junta Directiva No. 09 de 2020 de la ESE HUS – Estatuto de Contratación.
- Demás normas concordantes.

2. ESTUDIO DE LA OFERTA

Quién vende:

Se presenta relación de oferentes que han presentado ofertas en los diferentes procesos adelantados por las entidades públicas, que tienen por objeto la ejecución de actividades similares a las que pretende adelantar la entidad al igual que las diferentes empresas que ofrecen este material:

PROMOPRINT S.A.S.
MOJICA & ASOCIADOS IMPRESORES S.A.S.
TIENDA MAXPRINTER S.A.S.
INMOV SAS
GRAFIKAR AGENCIA DE PUBLICIDAD LIMITADA

¿Cuál es la dinámica de producción, distribución y entrega de bienes, obras o servicios?

Como la contratación de este material, tiene una dinámica constante en la ejecución de este tipo de actividades tanto en sector público como en lo privado, habría participación de potenciales oferentes en este proceso.

3. ESTUDIO DE LA DEMANDA

¿Cómo ha adquirido la Empresa Social del Estado en el pasado este bien, obra o servicio?

La Entidad ha adquirido mediante procesos de contratación en los últimos años de la siguiente manera:

N° Proceso / Contrato	**CONTRATO No. 431 DE 2019**
TIPO PROCESO	CONVOCATORIA PÚBLICA
OBJETO	COMPRA DISEÑO PRODUCCION E INSTALACION DE LAS PIEZAS DE SEÑALIZACION HOSPITALARIA INCLUYENTE PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, CUMPLIENDO LAS LEYES Y NORMAS TECNICAS VIGENTES.
VALOR INICIAL	$ 128.500.000 PESOS COLOMBIANOS
CONTRATISTA	CONSTRUEXPORTACIONES CI SAS

¿Cómo adquieren las Entidades públicas este bien, obra o servicio?

OBJETO	ENTIDAD	TIPO DE PROCESO	NUMERO PROCESO	FECHA PUBLICACIÓN	VALOR
SUMINISTRO DE IMPRESOS, AVISOS, PENDONES, ESCARAPELAS, CARTILLAS, FOLLETOS, RETABLOS, FORMATOS, CARPETAS, LIBRETAS, AUTOADHESIVOS, CARNETS Y SUMINISTRO E IMPRESOS PUBLICITARIOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE CHAQUETAS Y CAMISAS CON LOS LOGOS INSTITUCIONALES DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha	RÉGIMEN ESPECIAL	CONTRATO NO 013-2019	ENERO 18 DE 2021	$50,000,000 PESOS COLOMBIANOS
SUMINISTRO DE FORMAS IMPRESAS, EMPASTES, SEÑALIZACION Y PIEZAS PUBLICITARIAS PARA LA ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL	GOBERNACION DE SANTANDER	SELECCCION ABREVIADA	00001299	JUNIO DE 2021	$ 1,700,000,000.00 PESOS COLOMBIANOS
SANATORIO DE CONTRATACIÓN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SANATORIO DE CONTRATACIÓN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	RÉGIMEN ESPECIAL	CONVOCATORIA PÚBLICA NO. 5 DE 2021	MAYO 11 DE 2021	$3,495,854,546 PESOS COLOMBIANOS

4. ANALISIS DE PRECIOS DEL MERCADO

Económicamente el valor del presente contrato para la ESE HUS, está estimado a partir del estudio de mercados para este estudio se realizó el sondeo de precios con tres (03) cotizaciones de entidades jurídicas y/o naturales, que desarrollan actividades iguales o similares al objeto del presente estudio y el precio histórico del último contrato, tomando como valor de referencia la cotización de menor valor.

El presupuesto oficial para el presente proceso de contratación es el valor estimado en la suma de **CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS MCTE. ($108.000.000)**, incluido todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales y que este obligada a pagar la entidad contratante por ser sujeto pasivo de tales tributos, tasas o contribuciones.

5. ANÁLISIS ESTADISTICO

Para dar soporte de los diferentes índices a solicitar en el presente proceso de contratación, se tendrá en cuenta que para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud la ESE HUS, con base en los principios establecidos en el estatuto de contratación, los procedimientos serán a su potestad y los establecidos en el manual de contratación de la entidad, teniendo en cuenta que la ESE HUS es una empresa de régimen especial y por lo tanto la entidad decide solicitar los siguientes índices necesarios para ejecutar el contrato, sin dejar a un lado el riesgo económico del mismo; igualmente es preciso aclarar que la E.S.E. HUS, es autónoma en la determinación de los requisitos habilitantes en los procesos de contratación, los cuales establece siguiendo los lineamientos del Decreto 1082 de 2015 tomando de una forma sólida la información suministrada por el ente regulador y brindando una amplia participación de oferentes prestadores de este servicio requerido en el presente proceso de contratación.

Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejan la salud financiera de los proponentes a través de su liquidez, endeudamiento, razón de cobertura de interés, y capacidad organizacional, capital de trabajo y patrimonio, rentabilidad del patrimonio, rentabilidad del activo. En el caso de dar soporte de los diferentes índices a solicitar en el presente proceso de contratación, se tiene en cuenta que para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud los procedimientos se establecen teniendo en cuenta que es una empresa de régimen especial y por lo tanto la entidad decide solicitar índices que midan la fortaleza financiera conforme a la situación particular propias de este tipo de empresas.

Bajo las anteriores consideraciones, la entidad proyecta flexibilizar los procesos de contratación, por lo tanto los indicadores financieros se han calculado en igualdad de condiciones para todos los interesados con el ánimo de que puedan participar, sin dejar atrás la naturaleza contractual, tomando así una muestra significativa del sector, donde para este estudio se tomó como base la información financiera a corte 31 de diciembre de 2021 obtenida del Registro Único Empresarial y Social Cámaras de Comercio RUES.

Así mismo, teniendo en cuenta la crisis financiera del sistema de salud de procedentes de las deudas grandes deudas de las EPS a los hospitales y falta de flujo de dinero entre los diferentes actores como se pudo evidenciar en el análisis económico del presente proceso de contratación se requiere que el futuro contratista sea aliado estratégico financiero y así garantizar la óptima ejecución del contrato.

En consideración a lo anterior la entidad solicita los siguientes índices financieros y organizacionales:

COMPRAVENTA E INSTALACIÓN JUNTO CON EL DISEÑO, PRODUCCIÓN DE LAS PIEZAS DE SEÑALIZACIÓN HOSPITALARIA DE AVISOS INTERIORES Y AJUSTE DE AVISOS EXTERIORES PARA LAS INSTALACIONES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. REQ.470

ANEXO TABLA 1
(Datos a Dic. 2021)

$000 (Miles de Pesos)

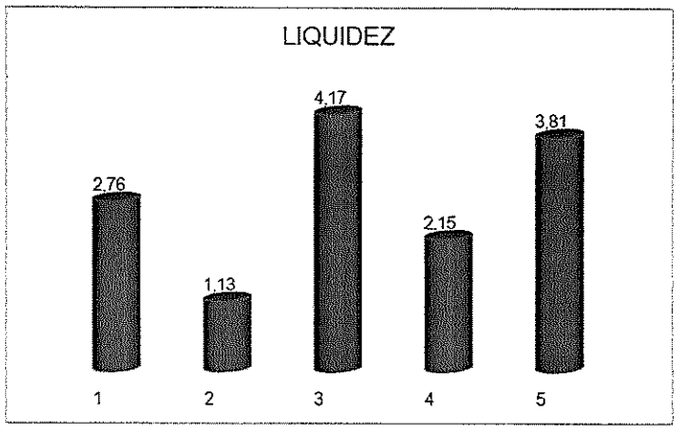
No.	RAZÓN SOCIAL	ENDEUDAMIENTO	LIQUIDEZ	PATRIMONIO	CAPITAL DE TRABAJO	RENTABILIDAD PATRIMONIO	RENTABILIDAD ACTIVO	RCI
1	PROMOPRINT S.A.S.	0,49	2,76	$ 3.280.593	$ 3.298.302	0,1	0,05	9,46
2	MOJICA & ASOCIADOS IMPRESORES S.A.S.	0,57	1,13	$ 377.766	$ 58.470	0,42	0,17	4,91
3	TIENDA MAXPRINTER S.A.S.	0,58	4,17	$ 3.082.752	$ 5.359.848	0,27	0,11	5,21
4	INMOVSAS	0,50	2,15	$ 10.583.319	$ 7.559.277	0,15	0,07	4,84
5	GRAFIKAR AGENCIA DE PUBLICIDAD LIMITADA	0,21	3,81	$ 1.093.891	$ 864.958	0,14	0,11	INDETERMINADO
	TOTALES	1,77	14,02	$ 18.418.321	$ 17.140.856	1,08	0,51	24,42
	MEDIA ARITMÉTICA	0,44	2,80	$ 3.683.664	$ 3.428.171	0,22	0,10	6,11

5.1 CAPACIDAD FINANCIERA

- **LIQUIDEZ**

El índice de liquidez es un elemento muy importante en este proceso de selección, por cuanto indica la disponibilidad de recursos que deben tener las empresas que lleguen a postularse. La operatividad depende de la liquidez que tenga la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras, con sus proveedores, con sus empleados y la capacidad para renovar su tecnología, para ampliar su capacidad, para adquirir lo necesario para la prestación de su servicio. Por eso la empresa debe tener una verdadera capacidad financiera para respaldar todas sus necesidades y obligaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo al estudio del mercado realizado con empresas del sector (Ver Anexo Tabla 1) nos arroja un promedio 2,80, donde realizado un análisis estadístico y con el fin de garantizar pluralidad de oferentes la entidad decide exigir una **Liquidez >= 2.80,** donde la **liquidez es el resultado de dividir el Activo corriente / Pasivo corriente.**



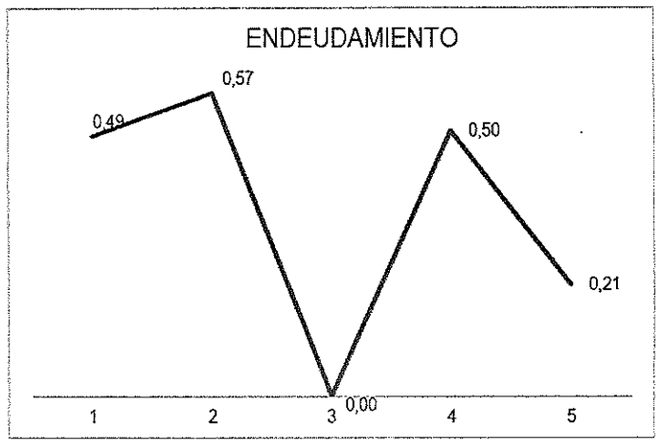
Liquidez: Deberá ser mayor o igual a 2,80

$$\text{Liquidez} = \frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}} \geq 2{,}80$$

- **ENDEUDAMIENTO**

Este indicador señala la proporción en la cual participan los acreedores sobre el valor total de la empresa. Así mismo, sirve para identificar el riesgo asumido por dichos acreedores, el riesgo de los propietarios del ente económico y la conveniencia o inconveniencia del nivel de endeudamiento presentado. Altos índices de endeudamiento sólo pueden ser admitidos cuando la tasa de rendimiento de los activos totales es superior al costo promedio de la financiación.

Teniendo en cuenta lo anterior y el estudio realizado con empresas del sector posibles oferentes en el presente proceso de contratación, nos arroja un promedio de **0,44**, es por ello que la ESE HUS con el fin de garantizar mayor participación de oferentes, sin dejar atrás los estudios realizados decide exigir un **endeudamiento < = al 0,44** en donde **endeudamiento = Pasivo total / Activo Total.**



Nivel de Endeudamiento: Deberá ser menor o igual a 0,44

Nivel de Endeudamiento = Pasivo Total <= 0,44
Activo Total

- **RAZON COBERTURA DE INTERES**

Con este indicador sabemos cuántas veces puede pagar una empresa los intereses generados por deudas adquiridas en el periodo; por lo tanto, esto respalda la cancelación de los compromisos. A mayor cobertura de intereses, menor es la probabilidad de que el cliente incumpla sus obligaciones financieras.

Bajo las anteriores consideraciones y según el estudio del sector realizado, nos arroja un promedio de 6,11, por lo tanto, la ESE exigirá que este índice sea igual o superior a **6,11,** con el fin que haya pluralidad de oferentes. En donde la **Razón de Cobertura de Intereses = Utilidad Operacional / Gastos de Intereses.**

Nota: en caso que los proponentes registren el indicador de Razón de Cobertura de Intereses RCI, como INDETERMINADO se asumirá que cumple ya que sus gastos de intereses corresponden a cero (0)

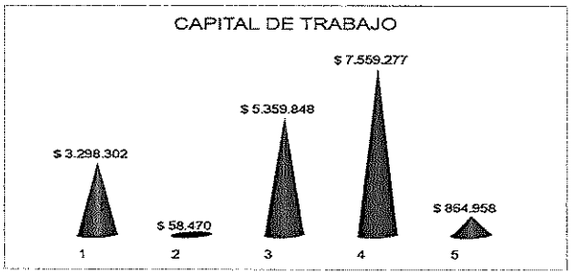
Razón de cobertura de intereses: Deberá ser igual o superior al 6,11

Razón de cobertura de intereses = Utilidad Operacional > = 6,11
Gastos de Intereses

CAPITAL DE TRABAJO

Un capital de trabajo positivo contribuye con el desarrollo eficiente de la actividad económica del proponente, en donde es indispensable medir la solvencia del proponente, garantizando que el futuro contratista cuente con los recursos necesarios para cumplir con el objeto contractual, teniendo en cuenta que la forma de pago establecida en el contrato resultante del presente proceso de contratación ya que se pagará al contratista en mensualidades dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la respectiva factura y así mismo teniendo en cuenta que este indicador determina la liquidez operativa del proponente, es decir el remanente del proponente luego de liquidar sus activos corrientes (convertirlos en efectivo) y pagar el pasivo de corto plazo, asegurando una ejecución del contrato sin inconvenientes.

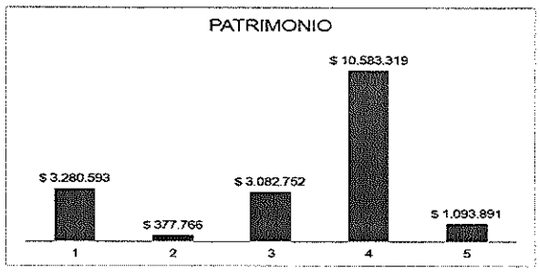
Por lo tanto, para este proceso de contratación a desarrollar, teniendo en cuenta el estudio realizado y las condiciones de la forma de pago, la ESE HUS exigirá un **Capital de Trabajo mayor o igual al cuarenta por ciento (40%) del Presupuesto Oficial.**



Capital de Trabajo: Deberá ser igual o superior al 40% del presupuesto oficial

- **PATRIMONIO**

La ESE HUS requiere que el contrato resultante del presente proceso de contratación sea ejecutado por una empresa sólida que garantice la prestación del servicio con el mínimo de contratiempos posibles y por ello requiere exigir a los proponentes, índices que demuestren estabilidad financiera. Por lo tanto se exige **un Patrimonio mayor o igual al cuarenta por ciento (40%) del Presupuesto Oficial.**



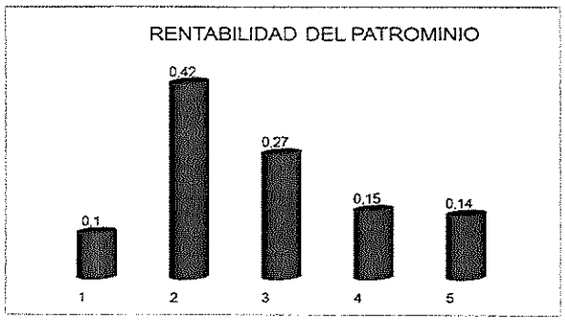
Patrimonio: Deberá ser igual o superior al 40% al presupuesto oficial.

5.2 CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

- **RENTABILIDAD PATRIMONIO**

Este indicador determina la rentabilidad del Patrimonio del proponente, es decir la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor es la capacidad organizacional del proponente.

Teniendo en cuenta el estudio del sector realizado (Ver Anexo Tabla 1) para este proceso, nos arroja una media aritmética de **0,22;** es por ello que la ESE HUS exigirá una **Rentabilidad de Patrimonio >= 0,22**



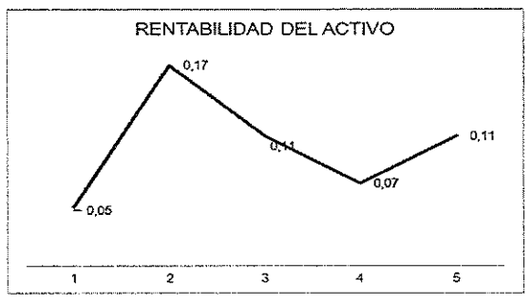
Rentabilidad sobre el patrimonio: Deberá ser igual o superior al 0,22

Rentabilidad sobre el patrimonio = Utilidad Operacional >= 0,22
Patrimonio

- **RENTABILIDAD ACTIVO**

Esta determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor es la capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de la rentabilidad sobre patrimonio.

Por lo anterior y teniendo en cuenta el estudio del sector (Ver Anexo Tabla 1) de las empresas que prestan este suministro y después de un análisis estadístico nos arroja un promedio **de 0,10**, por lo tanto, el HUS exigirá una **Rentabilidad del Activo mayor o igual a 0,10.**



Rentabilidad sobre el activo: Deberá ser igual o superior al 0,10

Rentabilidad sobre el Activo = Utilidad Operacional >= 0,10
Activo

Dado en Bucaramanga a los once (11) días del mes julio de 2022

VoBo. Reviso.

JUAN CARLOS NIÑO REY
Profesional Especializado de Apoyo financiero a la Gerencia ESE HUS

Soley Ayala Pardo
Elaboró. SOLEY AYALA PARDO
Contratista – Estudios Sector

Anexo: Tabla N° 1 – Empresas

ANEXO TABLA 1

ANEXO 1

A los estudios previos; sondeo de mercado, valor unitario de los bienes y servicios a adquirir en el proceso de contratación cuyo objeto es "SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS" Req. 488

			EDICIONES IMPRO			SEIDECO SAS			CFP SOLUCIONES INTEGRALES SERVICIOS Y DISTRIBUCIONES			VALOR DE REFERENCIA COTIZACION DE MENOR VALOR		
ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	1	$201	$38	$239	$207	$39	$246	$211	$40	$251	$201	$38	$239
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$213	$40	$253	$219	$42	$261	$224	$43	$267	$213	$40	$253
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	1	$380	$72	$452	$391	$74	$465	$399	$76	$475	$380	$72	$452
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL.Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$162	$31	$193	$167	$32	$199	$170	$32	$202	$162	$31	$193
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	1	$547	$104	$651	$563	$107	$670	$574	$109	$683	$547	$104	$651
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$250	$48	$298	$258	$49	$307	$263	$50	$313	$250	$48	$298
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNOSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$334	$63	$397	$344	$65	$409	$351	$67	$418	$334	$63	$397
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$243	$46	$289	$250	$48	$298	$255	$48	$303	$243	$46	$289
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1	$605	$115	$720	$623	$118	$741	$635	$121	$756	$605	$115	$720
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, Impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, Impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo Impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	1	$380	$72	$452	$391	$74	$465	$399	$76	$475	$380	$72	$452
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, Impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo Impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	1	$380	$72	$452	$391	$74	$465	$399	$76	$475	$380	$72	$452
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150

24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, Impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$265	$50	$315	$273	$52	$325	$278	$53	$331	$265	$50	$315
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$167	$32	$199	$172	$33	$205	$176	$33	$209	$167	$32	$199
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRÍAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, Impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$127	$24	$151	$131	$25	$156	$133	$25	$158	$127	$24	$151

54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	1	$33.445	$6.355	$39.800	$34.449	$6.545	$40.994	$35.118	$6.672	$41.790	$33.445	$6.355	$39.800
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	1	$50.252	$9.548	$59.800	$51.760	$9.834	$61.594	$52.765	$10.025	$62.790	$50.252	$9.548	$59.800
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA –Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	1	$3.605	$685	$4.290	$3.713	$705	$4.418	$3.785	$719	$4.504	$3.605	$685	$4.290
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	1	$265	$50	$315	$273	$52	$325	$278	$53	$331	$265	$50	$315
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	1	$2.855	$542	$3.397	$2.941	$559	$3.500	$2.998	$570	$3.568	$2.855	$542	$3.397
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	1	$4.193	$797	$4.990	$4.319	$821	$5.140	$4.403	$837	$5.240	$4.193	$797	$4.990
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional Incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadistica.	1	$3.313	$629	$3.942	$3.413	$648	$4.061	$3.479	$661	$4.140	$3.313	$629	$3.942
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en circulos para sello de sobres	1	$587	$112	$699	$604	$115	$719	$616	$117	$733	$587	$112	$699
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	1	$1.679	$319	$1.998	$1.729	$329	$2.058	$1.763	$335	$2.098	$1.679	$319	$1.998
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$125	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	1	$126	$24	$149	$129	$25	$154	$131	$25	$156	$125	$24	$149
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$126	$24	$150	$130	$25	$155	$132	$25	$157	$126	$24	$150
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.	1	$42.000	$7.980	$49.980	$43.260	$8.219	$51.479	$44.100	$8.379	$52.479	$42.000	$7.980	$49.980
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$62.400	$11.856	$74.256	$64.272	$12.212	$76.484	$65.520	$12.449	$77.969	$62.400	$11.856	$74.256
78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$63.824	$12.127	$75.951	$65.738	$12.490	$78.228	$67.015	$12.733	$79.748	$63.824	$12.127	$75.951

79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	1	$2.008	$382	$2.390	$2.069	$393	$2.462	$2.109	$401	$2.510	$2.008	$382	$2.390
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	1	$250	$48	$298	$258	$49	$307	$263	$50	$313	$250	$48	$298
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1	$1.420	$270	$1.690	$1.463	$278	$1.741	$1.491	$283	$1.774	$1.420	$270	$1.690
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina bristol, según modelo dado por la ESE HUS.	1	$1.560	$296	$1.856	$1.606	$305	$1.911	$1.638	$311	$1.949	$1.560	$296	$1.856
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina bristol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1	$1.236	$235	$1.471	$1.273	$242	$1.515	$1.298	$247	$1.545	$1.236	$235	$1.471
84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	1	$82	$16	$98	$85	$16	$101	$86	$16	$102	$82	$16	$98
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	1	$218	$41	$259	$224	$43	$267	$229	$44	$273	$218	$41	$259
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	1	$580	$110	$690	$597	$113	$710	$609	$116	$725	$580	$110	$690
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1	$2.092	$397	$2.489	$2.155	$409	$2.564	$2.197	$417	$2.614	$2.092	$397	$2.489
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1	$4.950	$941	$5.891	$5.098	$969	$6.067	$5.197	$987	$6.184	$4.950	$941	$5.891
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	1	$3.696	$702	$4.398	$3.806	$723	$4.529	$3.880	$737	$4.617	$3.696	$702	$4.398
90	MATERIAL DIDÁCTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	1	$5.538	$1.052	$6.590	$5.704	$1.084	$6.788	$5.815	$1.105	$6.920	$5.538	$1.052	$6.590
91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1	$5.025	$955	$5.980	$5.176	$983	$6.159	$5.276	$1.002	$6.278	$5.025	$955	$5.980
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	1	$13.417	$2.549	$15.966	$13.820	$2.626	$16.446	$14.088	$2.677	$16.765	$13.417	$2.549	$15.966
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1	$5.025	$955	$5.980	$5.176	$983	$6.159	$5.276	$1.002	$6.278	$5.025	$955	$5.980
94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	1	$12.185	$2.315	$14.500	$12.550	$2.385	$14.935	$12.794	$2.431	$15.225	$12.185	$2.315	$14.500
95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	1	$3.277	$623	$3.900	$3.376	$641	$4.017	$3.441	$654	$4.095	$3.277	$623	$3.900
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	1	$2.504	$476	$2.980	$2.579	$490	$3.069	$2.629	$500	$3.129	$2.504	$476	$2.980
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	1	$496	$94	$590	$511	$97	$608	$521	$99	$620	$496	$94	$590
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	1	$2.504	$476	$2.980	$2.579	$490	$3.069	$2.629	$500	$3.129	$2.504	$476	$2.980
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	1	$4.958	$942	$5.900	$5.107	$970	$6.077	$5.206	$989	$6.195	$4.958	$942	$5.900
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	1	$82.353	$15.647	$98.000	$84.824	$16.117	$100.941	$86.471	$16.429	$102.900	$82.353	$15.647	$98.000
101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	1	$418.487	$79.513	$498.000	$431.042	$81.898	$512.940	$439.412	$83.488	$522.900	$418.487	$79.513	$498.000

102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	1	$142.773	$27.127	$169.900	$147.056	$27.941	$174.997	$149.912	$28.483	$178.395	$142.773	$27.127	$169.900
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	1	$1.336	$254	$1.590	$1.376	$261	$1.637	$1.403	$267	$1.670	$1.336	$254	$1.590
104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	1	$159.580	$30.320	$189.900	$164.367	$31.230	$195.597	$167.559	$31.836	$199.395	$159.580	$30.320	$189.900
105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	1	$159.580	$30.320	$189.900	$164.367	$31.230	$195.597	$167.559	$31.836	$199.395	$159.580	$30.320	$189.900
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$54.538	$10.362	$64.900	$56.173	$10.673	$66.846	$57.265	$10.880	$68.145	$54.538	$10.362	$64.900

Nota: Se cancelarán valores necesarios para la ejecucion del proceso, solicitando un presupuesto oficial deCIENTO OCHO MILLONES DE PESOS ($ 108,000,000 M/CTE) Incluido IVA por el sistema de bolsa según la necesidad presentada por la unidad gestora.

Elaboro

Soley Ayala Pardo

SOLEY AYALA PARDO
Contratista Estudios de Sector

VoBo. Reviso.

JUAN CARLOS NIÑO REY
Profesional Especializado de Apoyo financiero a la Gerencia ESE HUS

"SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS" Req. 488

ANEXO TABLA 1

(Datos a Dic. 2021)

$000 (Miles de Pesos)

No.	RAZÓN SOCIAL	ENDEUDAMIENTO	LIQUIDEZ	PATRIMONIO	CAPITAL DE TRABAJO	RENTABILIDAD PATRIMONIO	RENTABILIDAD ACTIVO	RCI
1	PROMOPRINT S.A.S.	0,49	2,76	$ 3.280.593	$ 3.298.302	0,1	0,05	9,46
2	MOJICA & ASOCIADOS IMPRESORES S.A.S.	0,57	1,13	$ 377.766	$ 58.470	0,42	0,17	4,91
3	TIENDA MAXPRINTER S.A.S.	0.58	4,17	$ 3.082.752	$ 5.359.848	0,27	0,11	5,21
4	INMOV SAS	0,50	2,15	$ 10.583.319	$ 7.559.277	0,15	0,07	4,84
5	GRAFIKAR AGENCIA DE PUBLICIDAD LIMITADA	0,21	3,81	$ 1.093.891	$ 864.958	0,14	0,11	INDETERMINADO
	TOTALES	1,77	14,02	$ 18.418.321	$ 17.140.856	1,08	0,51	24,42
	MEDIA ARITMÉTICA	**0,44**	**2,80**	**$ 3.683.664**	**$ 3.428.171**	**0,22**	**0,10**	**6,11**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander
<estudiosdesector@hus.gov.co>

INVITACIÓN A PRESENTAR COTIZACIÓN

2 mensajes

Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander <estudiosdesector@hus.gov.co> 8 de julio de 2022, 14:53
Para: carlosdesignpublicidad@gmail.com

Bucaramanga, Julio 08 de 2022

Señores
CFP SOLUCIONES INTEGRALES, SERVICIOS Y DISTRIBUCIONES

Solicitamos su amable colaboración para cotizar el siguiente **SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS,** dado que la ESE HUS se dispone a adelantar un proceso de Contratación para lo cual la cotización debe ser enviada por esta vía.

Adjunto documento con especificaciones técnicas.

Agradeciendo la pronta respuesta,

ERIKA JULIETH HERNÁNDEZ MEDINA
Profesional de Apoyo Oficina Asesora Jurídica - Estudios de Sector - Gestión integral

ESPECIFICACIONES TECNICAS.docx
26K

carlos Florez Publicidad <carlosdesign.publicidad@gmail.com> 11 de julio de 2022, 14:52
Para: "Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander" <estudiosdesector@hus.gov.co>

Buenas tardes,
reciba un cordial saludo

presentó cotización requerida,

quedo atento a cualquier inquietud

El vie, 8 jul 2022 a la(s) 14:53, Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander (estudiosdesector@hus.gov.co) escribió:

> Bucaramanga, Julio 08 de 2022
>
> Señores
> **CFP SOLUCIONES INTEGRALES, SERVICIOS Y DISTRIBUCIONES**

Solicitamos su amable colaboración para cotizar el siguiente **SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS,** dado que la ESE HUS se dispone a adelantar un proceso de Contratación para lo cual la cotización debe ser enviada por esta vía.

Adjunto documento con especificaciones técnicas.

Agradeciendo la pronta respuesta,

ERIKA JULIETH HERNÁNDEZ MEDINA
Profesional de Apoyo Oficina Asesora Jurídica - Estudios de Sector - Gestión integral

---

"CONFIDENCIAL – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESEHUS), La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona u organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibido y será sancionado por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenvíelo de vuelta y borre el mensaje recibido inmediatamente".

COTIZACION HUS CARLOS.pdf
281K

CFP. SOLUCIONES INTEGRALES
DISTRIBUCIONES Y SERVICIOS
Nit. 1098823083-0

Bucaramanga 11 julio de 2022

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	$211	$40	$251
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$224	$43	$267
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	$399	$76	$475
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL.Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$170	$32	$202
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	$574	$109	$683
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$263	$50	$313
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$351	$67	$418
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157

11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$255	$48	$303
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	$635	$121	$756
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	$132	$25	$157
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	$132	$25	$157
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	$399	$76	$475
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	$399	$76	$475
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157

CFP. SOLUCIONES INTEGRALES
DISTRIBUCIONES Y SERVICIOS
Nit. 1098823083-0

23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	$132	$25	$157
29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	$132	$25	$157
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	$132	$25	$157
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$278	$53	$331
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156

38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$176	$33	$209
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156

CFP. SOLUCIONES INTEGRALES
DISTRIBUCIONES Y SERVICIOS
Nit. 1098823083-0

52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$133	$25	$158
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	$132	$25	$157
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	$35.118	$6.672	$41.790
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	$52.765	$10.025	$62.790
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA –Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	$3.785	$719	$4.504
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$132	$25	$157
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	$131	$25	$156

65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$131	$25	$156
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	$278	$53	$331
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	$2.998	$570	$3.568
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	$4.403	$837	$5.240
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.	$3.479	$661	$4.140
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres	$616	$117	$733
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	$1.763	$335	$2.098
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	$131	$25	$156
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$131	$25	$156
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	$131	$25	$156
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$132	$25	$157
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.	$44.100	$8.379	$52.479
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$65.520	$12.449	$77.969

78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$67.015	$12.733	$79.748
79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	$2.109	$401	$2.510
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	$263	$50	$313
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	$1.491	$283	$1.774
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina brístol, según modelo dado por la ESE HUS.	$1.638	$311	$1.949
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina brístol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	$1.298	$247	$1.545
84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	$86	$16	$102
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	$229	$44	$273
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	$609	$116	$725
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	$2.197	$417	$2.614
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	$5.197	$987	$6.184
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	$3.880	$737	$4.617

90	MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	$5.815	$1.105	$6.920
91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	$5.276	$1.002	$6.278
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	$14.088	$2.677	$16.765
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	$5.276	$1.002	$6.278
94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	$12.794	$2.431	$15.225
95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	$3.441	$654	$4.095
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	$2.629	$500	$3.129
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	$521	$99	$620
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	$2.629	$500	$3.129
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	$5.206	$989	$6.195
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	$86.471	$16.429	$102.900

CFP. SOLUCIONES INTEGRALES
DISTRIBUCIONES Y SERVICIOS
Nit. 1098823083-0

101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	$439.412	$83.488	$522.900
102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	$149.912	$28.483	$178.395
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	$1.403	$267	$1.670
104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	$167.559	$31.836	$199.395
105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	$167.559	$31.836	$199.395
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$57.265	$10.880	$68.145

Cordialmente,

Carlos Florez
Cedula 1098823083 Bucaramanga

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander <estudiosdesector@hus.gov.co>

INVITACIÓN A PRESENTAR COTIZACIÓN

2 mensajes

Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander <estudiosdesector@hus.gov.co> 8 de julio de 2022, 14:53
Para: Edicionesimpro2@gmail.com

Bucaramanga, Julio 08 de 2022

Señores
EDICIONES IMPRO DISTRIBUCIONES

Solicitamos su amable colaboración para cotizar el siguiente **SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS,** dado que la ESE HUS se dispone a adelantar un proceso de Contratación para lo cual la cotización debe ser enviada por esta vía.

Adjunto documento con especificaciones técnicas.

Agradeciendo la pronta respuesta,

ERIKA JULIETH HERNÁNDEZ MEDINA
Profesional de Apoyo Oficina Asesora Jurídica - Estudios de Sector - Gestión integral

ESPECIFICACIONES TECNICAS.docx
26K

Ediciones Impro <edicionesimpro2@gmail.com> 11 de julio de 2022, 8:39
Para: "Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander" <estudiosdesector@hus.gov.co>

Buen dia

Envío cotización solicitada.

Quedo atento,

Gracias

[El texto citado está oculto]

> [El texto citado está oculto]

"CONFIDENCIAL – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESEHUS), La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona u organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibido y será sancionado por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenvíelo de vuelta y borre el mensaje recibido inmediatamente".

COTIZACION IMPRO HUS.pdf
305K

EDICIONES IMPRO
NIT. 1098680567-9

Bucaramanga, julio 11 de 2022

Señores:
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

COTIZACION

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	$201	$38	$239
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$213	$40	$253
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	$380	$72	$452
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$162	$31	$193
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	$547	$104	$651
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$250	$48	$298
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$334	$63	$397
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150

EDICIONES IMPRO

10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$243	$46	$289
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	$605	$115	$720
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	$126	$24	$150
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	$126	$24	$150
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	$380	$72	$452

EDICIONES IMPRO

EDICIONES IMPRO
NIT. 1098680567-9

21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	$380	$72	$452
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	$126	$24	$150
29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	$126	$24	$150
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	$126	$24	$150
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$265	$50	$315
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149

EDICIONES IMPRO

35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$167	$32	$199
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149

EDICIONES IMPRO

EDICIONES IMPRO
NIT. 1098680567-9

47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$127	$24	$151
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	$126	$24	$150
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	$33.445	$6.355	$39.800
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	$50.252	$9.548	$59.800
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA –Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	$3.605	$685	$4.290

EDICIONES IMPRO

60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$126	$24	$150
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$125	$24	$149
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	$125	$24	$149
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$125	$24	$149
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	$265	$50	$315
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	$2.855	$542	$3.397
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	$4.193	$797	$4.990
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.	$3.313	$629	$3.942
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres	$587	$112	$699
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	$1.679	$319	$1.998
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	$125	$24	$149
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$125	$24	$149

EDICIONES IMPRO

74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	$125	$24	$149
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$126	$24	$150
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.	$42.000	$7.980	$49.980
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$62.400	$11.856	$74.256
78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$63.824	$12.127	$75.951
79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	$2.008	$382	$2.390
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	$250	$48	$298
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	$1.420	$270	$1.690
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina brístol, según modelo dado por la ESE HUS.	$1.560	$296	$1.856
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina brístol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	$1.236	$235	$1.471

EDICIONES IMPRO

84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	$82	$16	$98
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	$218	$41	$259
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	$580	$110	$690
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	$2.092	$397	$2.489
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	$4.950	$941	$5.891
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	$3.696	$702	$4.398
90	MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	$5.538	$1.052	$6.590
91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	$5.025	$955	$5.980
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	$13.417	$2.549	$15.966
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	$5.025	$955	$5.980
94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	$12.185	$2.315	$14.500

EDICIONES IMPRO

95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	$3.277	$623	$3.900
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	$2.504	$476	$2.980
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	$496	$94	$590
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	$2.504	$476	$2.980
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	$4.958	$942	$5.900
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	$82.353	$15.647	$98.000
101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	$418.487	$79.513	$498.000
102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	$142.773	$27.127	$169.900
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	$1.336	$254	$1.590
104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	$159.580	$30.320	$189.900

EDICIONES IMPRO

105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	$159.580	$30.320	$189.900
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$54.538	$10.362	$64.900

EDICIONES IMPRO

Tiempo De Entrega: A Convenir
Forma De Pago: A Convenir

Atentamente,
Eduard Fabian Bautista

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander
<estudiosdesector@hus.gov.co>

INVITACIÓN A PRESENTAR COTIZACIÓN

2 mensajes

Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander <estudiosdesector@hus.gov.co> 8 de julio de 2022, 14:54
Para: seideco.gerencia@gmail.com

Bucaramanga, Julio 08 de 2022

Señores
SEIDECO S.A.S.

Solicitamos su amable colaboración para cotizar el siguiente **SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS,** dado que la ESE HUS se dispone a adelantar un proceso de Contratación para lo cual la cotización debe ser enviada por esta vía.

Adjunto documento con especificaciones técnicas.

Agradeciendo la pronta respuesta,

ERIKA JULIETH HERNÁNDEZ MEDINA
Profesional de Apoyo Oficina Asesora Jurídica - Estudios de Sector - Gestión integral

ESPECIFICACIONES TECNICAS.docx
26K

SEIDECO SAS <seideco.gerencia@gmail.com> 11 de julio de 2022, 12:55
Para: "Estudios de Sector E.S.E. Hospital Universitario de Santander" <estudiosdesector@hus.gov.co>

Buenas tardes.

De acuerdo a lo solicitado, adjuntamos nuestra cotización.

Cualquier inquietud con gusto será atendida.,

ISRRAIDA OCHOA
Rep. Legal

[El texto citado está oculto]

> [El texto citado está oculto]

"CONFIDENCIAL – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESEHUS), La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona u organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibido y será sancionado por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenvíelo de vuelta y borre el mensaje recibido inmediatamente".

COTIZACION HUS SEIDECO.pdf
275K

SEIDECO S.A.S.

Bucaramanga 11 julio de 20222

Señores:
Hospital Universitario de Santander

Asunto: Cotización

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	$207	$39	$246
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$219	$42	$261
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	$391	$74	$465
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL.Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$167	$32	$199
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	$563	$107	$670
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$258	$49	$307
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$344	$65	$409
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155

312 485 3262 seideco.gerencia@gmail.com
Carrera 15 No. 18-70 Conj. Reserva de la Loma · Piedecuesta - Santander

SEIDECO S.A.S.

10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	$250	$48	$298
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	$623	$118	$741
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	$130	$25	$155
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	$130	$25	$155

312 485 3262 seideco.gerencia@gmail.com
Carrera 15 No. 18-70 Conj. Reserva de la Loma · Piedecuesta - Santander

SEIDECO S.A.S.

20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	$391	$74	$465
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	$391	$74	$465
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	$130	$25	$155
29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	$130	$25	$155
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA-CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	$130	$25	$155

SEIDECO S.A.S.

31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$273	$52	$325
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en	$130	$25	$155

SEIDECO S.A.S.

	papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).			
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$172	$33	$205
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155

SEIDECO
S.A.S.

53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$131	$25	$156
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	$130	$25	$155
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	$34.449	$6.545	$40.994
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	$51.760	$9.834	$61.594
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA – Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	$3.713	$705	$4.418
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	$130	$25	$155
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	$129	$25	$154
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel	$129	$25	$154

SEIDECO S.A.S.

	periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).			
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	$129	$25	$154
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$129	$25	$154
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	$273	$52	$325
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	$2.941	$559	$3.500
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	$4.319	$821	$5.140
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.	$3.413	$648	$4.061
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres	$604	$115	$719
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	$1.729	$329	$2.058
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	$129	$25	$154
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$129	$25	$154
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	$129	$25	$154

SEIDECO S.A.S.

75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	$130	$25	$155
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.	$43.260	$8.219	$51.479
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$64.272	$12.212	$76.484
78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$65.738	$12.490	$78.228
79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	$2.069	$393	$2.462
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	$258	$49	$307
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	$1.463	$278	$1.741
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina brístol, según modelo dado por la ESE HUS.	$1.606	$305	$1.911
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina brístol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	$1.273	$242	$1.515

312 485 3262 seideco.gerencia@gmail.com
Carrera 15 No. 18-70 Conj. Reserva de la Loma · Piedecuesta - Santander

SEIDECO S.A.S.

84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	$85	$16	$101
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	$224	$43	$267
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	$597	$113	$710
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	$2.155	$409	$2.564
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	$5.098	$969	$6.067
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	$3.806	$723	$4.529
90	MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	$5.704	$1.084	$6.788
91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	$5.176	$983	$6.159
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	$13.820	$2.626	$16.446
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	$5.176	$983	$6.159

SEIDECO
S.A.S.

94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	$12.550	$2.385	$14.935
95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	$3.376	$641	$4.017
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	$2.579	$490	$3.069
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	$511	$97	$608
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	$2.579	$490	$3.069
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	$5.107	$970	$6.077
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	$84.824	$16.117	$100.941
101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	$431.042	$81.898	$512.940
102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	$147.056	$27.941	$174.997
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	$1.376	$261	$1.637

SEIDECO S.A.S.

104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	$164.367	$31.230	$195.597
105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	$164.367	$31.230	$195.597
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	$56.173	$10.673	$66.846

ISRRAISA ISABAL OCHOA SUAREZ
C.C. 1.099.622.763 de Charta
Representante Legal

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS PARA CONTRATAR EL "SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS".	
DEPENDENCIA QUE PROYECTA	OFICINA ASESORA JURIDICA
FECHA	JULIO DE 2022
MODALIDAD	CONTRATACIÓN DIRECTA CUANTÍA IGUAL O INFERIOR A 500 SMLMV

MARCO LEGAL

Se procede a elaborar el estudio de conveniencia y oportunidad de conformidad con lo estipulado en el Capítulo III Planeación Contractual, Artículo 24, "*ESTUDIOS DE CONVENIENCIA PREVIOS*" de la resolución No. 260 de mayo 13 de 2020, por medio de la cual se adecúa el manual de contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander al Estatuto de Contratación de la misma entidad, adoptado mediante acuerdo de Junta Directiva No. 09 de mayo 07 de 2020.

1. DESCRIPCION Y JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD

La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, fue creada mediante el Decreto Departamental 025 de 2005, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrito a la Secretaría de Salud Departamental. Con el objeto de prestar servicios de salud de segundo, tercer nivel y alta complejidad, entendido como un servicio público a cargo del Departamento y como parte del sistema de seguridad social en salud. Además, como un campo de práctica de docencia asistencial de la Facultad de medicina de la Universidad Industrial de Santander.

Siendo la ESE HUS una Entidad pública se hace necesario asegurar el cumplimiento de los fines esenciales del estado, a quien le corresponde organizar, dirigir, reglamentar la prestación del servicio de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad, igualdad y solidaridad y según lo estipula la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 donde establece que la atención de la salud es servicio público a cargo del estado, donde se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud, promoción, protección y recuperación de la salud.

Para dar cumplimiento al referido objeto, la ESE HUS garantiza la atención oportuna y eficiente a los usuarios de la institución en razón a los diferentes servicios prestados; ofreciendo una mejor cobertura en salud a la población y mayor calidad de vida, para lo que ha diseñado una serie de formatos institucionales, los cuales son utilizados para el diligenciamiento de información en los diferentes servicios asistenciales y administrativos de la entidad, al igual que material didáctico (afiches, agendas, pendones, pines metálicos, entre otros) necesario para el proceso de Acreditación de la institución.

El material descrito en el presente requerimiento corresponde a fichas o muestras debidamente aprobadas por la ESE HUS.

Por lo anterior mediante requerimiento No. 488 de 2022 la subgerencia administrativa y financiera junto con el almacén general de la ESE HUS, presentan la necesidad de contratar el: "SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS" con el fin de garantizar a los usuarios del hospital la prestación de los servicios con eficiencia, oportunidad, humanización y altos estándares de calidad.

2. LA DESCRIPCION DEL OBJETO

2.1. OBJETO DEL CONTRATO

"SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS"

2.2. ALCANCE DEL OBJETO

La ESE HUS con la presente contratación busca garantizar la prestación de los diferentes servicios médicos y asistenciales a los usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander.

2.3. ESPECIFICACIONES TECNICAS

El contratista se compromete con la ESE HUS a suministrar el siguiente material litográfico según necesidad del servicio y a solicitud del supervisor del contrato

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
3	TARJETA MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADA. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
29	FORMATO AUTOEXCLUSION Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
35	FORMATO HOJA DE GASTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).

42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO – SIAU - Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
55	FORMATO PRESTAMO DE EQUIPOS BIOMEDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTOS DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA – Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
66	FORMATO RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

67	**CHUSPAS INSTITUCIONALES.** **Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).**
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.
69	**CARPETAS HISTORIA CLINICA** **Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.**
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
76	**CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND.** Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.
77	**CARTILLA EN PROPALCOTE** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
78	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
79	**CARTILLA EN OPALINA** Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)
80	**CARNÉT.** Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).
81	**CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA.** Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
82	**CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS.** Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina brístol, según modelo dado por la ESE HUS.
83	**CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO.** Descripción: En cartulina brístol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
84	**VOLANTES A UNA TINTA.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)
85	**VOLANTES A FULL COLOR.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)
86	**PLEGABLES.** Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)
87	**MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA** Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
88	**MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS** Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
89	**AFICHES** Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)
90	**MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS.** Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)
91	**LIBRETA TIPO CONGRESO** Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
92	**BOTÓN CON PIN METÁLICO**

	Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)
93	**LIBRETA TIPO CUADERNO** Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
94	**BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA** Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)
95	**TACOS DE PAPEL BOND.** Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad
96	**CINTAS PARA PORTAR EL CARNET** Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.
97	**PORTA CARNET** Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).
98	**LAPICERO.** Descripción: Lapicero retráctil con Logos HUS – Acreditación cuerpo en cartón Unidad (1)
99	**LLAVERO** Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)
100	**PENDONES.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)
101	**CARTELERAS EN MDF.** Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)
102	**PENDONES TIPO ARAÑA.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)
103	**PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS.** Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.
104	**CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.
105	**AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.
106	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA** Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).

NOTA 1: Los Ítems que son de adhesivos, tarjetas, cartulina o bond 90, o bond 115 gramos deberán ser entregados en empaques de 100 unidades cada uno.

NOTA 2: Los ítems 67 y 69, no se adjunta modelo porque serán solicitados al proveedor según pautas determinadas por la ESE HUS.

NOTA 3: Los Ítems que sean de papel Bond o periódicos deberán ser entregados de 100 hojas cada uno.

NOTA 4: Del ítem 76 al 106 no se adjuntan modelos teniendo en cuenta que le serán solicitados al proveedor según pautas, contenidos y parámetros requeridos en determinado momento por las diferentes áreas de la ESE HUS.

2.4. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

A. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1.Cumplir con las especificaciones técnicas requeridas para el efectivo desarrollo del objeto contractual.
2.Prestar la colaboración necesaria para el desarrollo del objeto del contrato.
3.Acreditar afiliación a salud, pensión y riesgos laborales, según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 y 797 del 2003 y decreto 510 del 2003, Ley 1753 de 2015 artículo 135.
4.Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral y prestacional.
5.Otorgar las pólizas dentro de los términos que solicite la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de

Santander.
6.Aceptar la supervisión por parte de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.
7.No acceder a amenazas o a peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten este tipo de situaciones.
8.Presentar informes mensuales de su gestión, como requisito de pago, así como un informe de la totalidad de las actividades ejecutadas y de la finalización de la ejecución del contrato y los demás informes que le sean asignados.
9.EL CONTRATISTA debe dar cumplimiento obligatorio a los procesos y procedimientos establecidos por la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER para la evaluación y control de las políticas establecidas por la entidad, garantizando de esta manera la calidad de la atención a los usuarios, tendientes a la acreditación de la institución.
10. Apoyar y participar en las diferentes acciones de mejoramiento tendientes a la implementación del Sistema único de Acreditación en la ESE HUS.
11. Cumplir a cabalidad con el Procedimiento de Atención y Solución de Quejas y Reclamos de los Usuarios Gestión del Mejoramiento Continuo si aplica, en especial suministrando la información necesaria para responderlos en los tiempos establecidos.
12. El contratista deberá dar cumplimiento al anexo de confidencialidad para el manejo de la información de la ESE HUS.
13. El contratista deberá garantizar el correcto tráfico de la información, contemplando la entrega y devolución de la misma suministrada al contratista, y la producida por este durante la ejecución del contrato.
14. El contratista se compromete a adherirse de forma total a las guías, estándares y manuales de calidad determinados por la ESE HUS.
15. El contratista deberá cumplir con las normas laborales frente al personal que se encuentre a su cargo y que sea asignado para la ejecución de las actividades en la ESE HUS.
16. El contratista deberá cumplir con las normas nacionales, departamentales y municipales acerca de las medidas de bioseguridad, para el personal que se encuentre a su cargo y que sea asignado para la ejecución de las actividades en el hospital Universitario de Santander.

B. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Suministrar para el Hospital el servicio de litografía, dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de realizada la solicitud.
2. Realizar el trabajo litográfico conforme a los archivos, modelos y formatos en la cantidad que se le indique acorde a cada necesidad requerida.
3. El contratista deberá realizar un modelo previo a la impresión total de los formatos de papelería y presentarlo al supervisor del contrato.
4. Permitir al supervisor, la revisión previa de los documentos y material en general, concernientes con el desarrollo del objeto contractual.
5. El contratista realizará los cambios que sean necesarios cuando el producto presente defectos o roturas, el cambio se debe realizar dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de observación del hecho.
6. Garantizar el bien que se va a contratar en calidad acorde con las especificaciones técnicas solicitadas por el supervisor del contrato
7. Entregar las cantidades de formatos de papelería en las fechas concertadas entre el contratista y el supervisor del contrato
8. Realizar cambios de los formatos de papelería que no cumplan los requerimientos técnicos solicitados por el supervisor del contrato.
9. Todos los materiales, elementos e insumos a suministrar en el desarrollo del contrato deben ser empacados en forma adecuada, para lo cual deben emplearse las mejores prácticas de preservación y protección contra la humedad, la corrosión, entre otros, al igual cumplir con las demás exigencias adicionales que le haga la entidad en cuanto al empaque y embarque de los mismos.
10. Cada entrega a realizar en el área de almacén deberá efectuarse soportada por medio de remisión y/o solicitud realizada con su correspondiente factura.
11. Es responsabilidad del contratista proveer de los elementos de protección personal al personal a cargo (tapa bocas, guantes, botas, gafas, etc.), necesarios durante su permanencia en la ESE HUS
12. Informar de forma inmediata al supervisor del contrato de cualquier anomalía o variación de insumos en el mercado que se presente durante la ejecución del mismo, por medio de oficio respectivamente.
13. El contratista deberá garantizar que los insumos utilizados sean reciclables y de baja carga contaminante.
14. Designar una persona de la empresa debidamente facultada para resolver de forma inmediata cualquier inquietud y/o inconveniente que se presente dentro de la ejecución del contrato; para ello deberá entrar en contacto con el supervisor del contrato.

C. OBLIGACIONES DE LA ESE HUS:

1. Ejercer la supervisión administrativa y financiera, la cual se realizará a través de la Oficina de Interventoría Administrativa o quien haga sus veces y designar un supervisor técnico, quienes tendrán la facultad de inspeccionar en cualquier tiempo, el desarrollo del contrato, incluyendo las especificaciones técnicas, así como la calidad del servicio e igualmente velar por el estricto cumplimiento de su objeto y control de las obligaciones adquiridas a través del mismo.
2. Cancelar el valor pactado en el contrato que se suscriba de conformidad a la forma de pago establecida y bajo la presentación y aprobación previa de los informes, actas y demás documentos que soporten el cumplimiento del objeto y de las obligaciones derivadas del mismo por parte de EL CONTRATISTA.

D. DECLARACIONES DELCONTRATISTA:

El Contratista hace las siguientes declaraciones:

1. Conoce y acepta los Documentos del Proceso.
2. Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato.
3. El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad ni de conflicto de intereses.
4. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral
5. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato.
6. El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.
7. El Contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.

2.5 PLAZO

El término de ejecución del contrato será **A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022,** previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización de contrato.

2.6 LUGAR DE EJECUCION

La ejecución del contrato se llevará a cabo en el Municipio de Bucaramanga, en las instalaciones de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, ubicado en la Carrera 33 No. 28-126 en la ciudad de Bucaramanga, Santander.

2.7. SUPERVISIÓN

La Supervisión deberá desarrollar las funciones establecidas en el CAPITULO V – ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL, específicamente las referidas en el artículo 38 del Estatuto de Contratación - Resolución N°260 del 13 de mayo de 2020, en el cual se contemplan todas y cada una de las funciones de interventoría y supervisión de los contratos celebrados por la ESE HUS. Esta actividad será realizada de la siguiente manera:

COMPONENTE	RESPONSABLE
ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA Y CONTABLE	• **Profesional Universitario Código 219 – Grado 2** de la dependencia de Interventoría de Contratos de la Oficina Asesora Jurídica de la ESE HUS, o quien haga sus veces.
TÉCNICA	• **Profesional Universitario Almacenista General de la ESE HUS** o quien haga sus veces o el profesional que se designe para tal fin

2.8. AUTORIZACION PARA NOTIFICACION VIA ELECTRONICA

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 56 del CPACA (Ley 1437-2011) los proponentes autorizarán a la ESE HUS para realizar la notificación de actos administrativos vía electrónica. Para el efecto en la carta de presentación de las

ofertas deberán indicar el correo electrónico en el cual se surtirán las notificaciones.

2.9. DESIGNACIÓN COMITÉ EVALUADOR

Para el presente Proceso de contratación Directa, se designa como comité evaluador para la calificación y evaluación de la propuesta que haga el invitado a los siguientes funcionarios y/o contratistas: ***Aspectos Jurídicos*:** Al jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ESE HUS y/o quien haga sus veces o se designe para tal fin. ***Aspectos Económicos y Financieros:*** A la Subgerencia Administrativa y Financiera ESE HUS y/o los que designe en su momento. ***Aspectos Técnicos*:** Al profesional Almacenista General de la ESE HUS y/o quien haga sus veces o se designe para tal fin.

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DESELECCIÓN

Según el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, en materia contractual las Empresas Sociales del Estado se rigen por el derecho privado, pero pueden discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública, sin desconocer que debe siempre aplicarse los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política y someterse al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal, además de la resolución N° 5185 de 2013, por medio de la cual el Ministerio de Salud y de la protección Social fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten un estatuto de contratación que rija su actividad contractual.

En observancia de los parámetros anteriores el Señor Gerente de la ESE Hospital Universitario de Santander, expidió el Manual de Contratación de la Entidad mediante Resolución N° 260 de mayo 13 de 2020, conforme al Estatuto de Contratación adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 09 de mayo 07 de 2020, el cual señala en el CAPITULO IV – MODALIDADES DE SELECCIÓN – ARTÍCULO 27 :CONTRATACIÓN DIRECTA como la modalidad de selección de contratistas en la que se solicita la presentación de una sola oferta.

Por su parte el artículo 27.1 reza sobre APLICABILIDAD Y PROCEDIMIENTO de la contratación directa lo siguiente:

> *"El HOSPITAL adelantará el procedimiento de selección de contratación directa en relación con las contrataciones que se encuadren dentro de las causales a que se refiere el siguiente numeral, aun cuando por la naturaleza y características del objeto a contratar exista en el Manual otro procedimiento que pudiere aplicar.*
>
> *Mediante el procedimiento de selección de contratación directa, el HOSPITAL, sin necesidad de obtener más de una oferta, podrá contratar atendiendo las condiciones de mercado en términos de calidad y precio y de idoneidad del oferente referente a su capacidad para ejecutar el contrato, con base en los resultados del estudio previo al que se refiere el presente Manual".*

El artículo 27.2 señala las causales de contratación directa. Son causales de contratación directa las siguientes:

> ***27.2.1.** Cuando el valor del contrato sea igual o inferior al equivalente en pesos de QUINIENTOS (500) SMLMV.*

Con base en las características del contrato a celebrar y su cuantía, el presente proceso se llevará a cabo por la modalidad de CONTRATACIÓN DIRECTA causal 27.2.1. Cuando el valor del contrato sea igual o inferior al equivalente en pesos de QUINIENTOS (500) SMLMV.

3.1 IDENTIFICACION DEL CONTRATO A CELEBRAR

El contrato a celebrar como resultado del presente proceso será de **SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO.**

4. EL ANÁLISIS QUE SOPORTA EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO, INDICANDO LAS VARIABLES UTILIZADAS PARA CALCULAR EL PRESUPUESTO DE LA RESPECTIVA CONTRATACIÓN, ASÍ COMO SU MONTO Y EL DE LOS POSIBLES COSTOS ASOCIADOS AL MISMO.

4.1. ANALISIS DE PRECIOS DEL MERCADO

Económicamente el valor del presente contrato para la ESE HUS, está estimado a partir del estudio de mercados para este estudio se realizó el sondeo de precios con tres (03) cotizaciones de entidades jurídicas y/o naturales, que desarrollan actividades iguales o similares al objeto del presente estudio y el precio histórico del último contrato, tomando como valor de referencia la cotización de menor valor.

4.2. PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial para el presente proceso de contratación es el valor estimado en la suma de **CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 108.000.000)**, que serán ejecutados por sistema de bolsa, de acuerdo a los valores asignados a cada ítem relacionado a continuación:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	1	$201	$38	$239
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$213	$40	$253
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	1	$380	$72	$452
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL.Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$162	$31	$193
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	1	$547	$104	$651
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$250	$48	$298
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$334	$63	$397
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$243	$46	$289
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1	$605	$115	$720
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1	$126	$24	$150
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE	1	$126	$24	$150

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

	PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)				
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	1	$126	$24	$150
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	1	$380	$72	$452
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	1	$380	$72	$452
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$126	$24	$150
29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$126	$24	$150
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$265	$50	$315

34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$167	$32	$199
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$127	$24	$151
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	1	$126	$24	$150
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	1	$33.445	$6.355	$39.800
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	1	$50.252	$9.548	$59.800
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA –Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	1	$3.605	$685	$4.290
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$125	$24	$149
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$125	$24	$149
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	1	$265	$50	$315
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	1	$2.855	$542	$3.397
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	1	$4.193	$797	$4.990
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.	1	$3.313	$629	$3.942
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres	1	$587	$112	$699
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	1	$1.679	$319	$1.998

72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	1	$125	$24	$149
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$125	$24	$149
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	1	$125	$24	$149
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$126	$24	$150
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.	1	$42.000	$7.980	$49.980
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$62.400	$11.856	$74.256
78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$63.824	$12.127	$75.951
79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	1	$2.008	$382	$2.390
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	1	$250	$48	$298
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1	$1.420	$270	$1.690
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina bristol, según modelo dado por la ESE HUS.	1	$1.560	$296	$1.856
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina bristol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1	$1.236	$235	$1.471
84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	1	$82	$16	$98
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	1	$218	$41	$259
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	1	$580	$110	$690
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1	$2.092	$397	$2.489
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1	$4.950	$941	$5.891
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	1	$3.696	$702	$4.398
90	MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	1	$5.538	$1.052	$6.590

91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1	$5.025	$955	$5.980
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	1	$13.417	$2.549	$15.966
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1	$5.025	$955	$5.980
94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	1	$12.185	$2.315	$14.500
95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	1	$3.277	$623	$3.900
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	1	$2.504	$476	$2.980
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	1	$496	$94	$590
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	1	$2.504	$476	$2.980
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	1	$4.958	$942	$5.900
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	1	$82.353	$15.647	$98.000
101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	1	$418.487	$79.513	$498.000
102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	1	$142.773	$27.127	$169.900
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	1	$1.336	$254	$1.590
104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	1	$159.580	$30.320	$189.900
105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	1	$159.580	$30.320	$189.900
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$54.538	$10.362	$64.900

Pare efectos de la retención en la fuente por renta, la ESE HUS procederá de conformidad con la normatividad tributaria vigente y en caso de que no haya lugar a ello, el proponente deberá indicar la norma que lo excluye o le otorga la exención.

La ESE HUS no reconocerá suma alguna por impuestos que deba pagar el contratista por la suscripción y ejecución del contrato. En materia de impuestos no se aceptarán salvedades de naturaleza alguna.

El eventual CONTRATISTA autorizará a la Empresa Social el Estado Hospital Universitario de Santander, para que por conducto de su Tesorería efectúe de los pagos a su favor las deducciones por concepto de los gravámenes legales a que hubiera lugar, teniendo en cuentas para la respectiva deducción, los parámetros que para tal efecto haya establecido la disposición que dio origen al gravamen.

4.3. RUBRO PRESUPUESTAL

El valor del presente contrato se pagará con cargo al presupuesto de la vigencia fiscal 2022 y al rubro presupuestal **No. 2.1.2.02.01.003.01** denominado **MATERIALES Y SUMINISTROS ADMINISTRATIVO** con Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 783 de fecha 13 de junio de 2022 con destinación al suministro de material litográfico para la ESE HUS.

4.4. FORMA DE PAGO

La ESE HUS pagará al contratista por el material litográfico efectivamente entregado y aceptado por el supervisor del contrato dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la factura y constancia y/o certificación del cumplimiento del objeto contractual suscrita por el supervisor técnico, igualmente deberá anexar certificación de pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del SENA, ICBF, y cajas de compensación familiar cuando corresponda y estampillas a que hubiere lugar. El término establecido en la presente clausula quedará sujeto a la disponibilidad de recursos en la caja. El ultimo pago que se efectúe por parte de la ESE HUS al contratista estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación correspondiente. **PARAGRADO 1:** La última factura deberá tener fecha del último día de la vigencia del contrato y ser radicada en un plazo no mayor a 15 días calendario después de la fecha de finalización. La factura deberá referenciar el número del contrato, el periodo que contempla las actividades ejecutadas, indicar si es régimen común o simplificado y su razón social. **PARÁGRAFO 2**: En el caso de presentarse inconsistencias o requerimiento por parte de la E.S.E. HUS, el término para el pago sólo empezará a contarse a los treinta (30) días siguientes a la presentación de la nueva factura, una vez solucionada la solicitud. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA, quien, por este instrumento, renuncia expresamente al pago de cualquier tipo de intereses y/o indexación o valores de clase o naturaleza alguna. **PARÁGRAFO 3:** El monto a pagar estará sujeto al grado de ejecución del objeto contratado de acuerdo con la certificación del supervisor técnico y financiero. **PARÁGRAFO 4:** El contratista deberá presentar la cuenta de cobro mes vencido de acuerdo a los elementos de litografía suministrados a la ESE HUS.

4.5. PROPUESTAS PARCIALES

Para el presente proceso de selección NO SE ACEPTARÁN PROPUESTAS PARCIALES de los ítems que conforman el objeto del presente proceso contractual, so pena de incurrir en causal de rechazo de la oferta.

5. DELIMITACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA ESTRUCTURACIÓN Y DESARROLLO DEL PROCESO CONTRACTUAL.

Las responsabilidades en la estructuración y desarrollo del presente proceso contractual se divide de la siguiente manera: en cuanto a los **Aspectos Jurídicos**: A la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ESE HUS; en cuanto a los **Aspectos Técnicos:** Al Profesional Universitario Almacenista de la ESE HUS o quien haga sus veces o el profesional que se designe para tal fin; y, en cuanto a los **Aspectos Económicos, Financieros y Presupuestales:** A la Subgerencia Administrativa y Financiera ESE HUS. Cada uno de los estructuradores responderá en lo correspondiente a su ámbito de competencia sin que haya lugar a la concurrencia de responsabilidad.

6. FACTORES DE SELECCIÓN

De conformidad con lo estipulado en el art. 27 del Manual de Contratación de la Entidad el presente proceso se adelantará bajo la modalidad de CONTRATACION DIRECTA, causal 27.2.1 teniendo en cuenta que el valor del contrato a celebrar es inferior al equivalente en pesos de 500 SMLMV.

En cumplimiento de esta regla del Manual de contratación, se seleccionará al proveedor sin necesidad de obtener más de una oferta, atendiendo las condiciones de mercado en términos de calidad y precio y a la idoneidad del oferente respecto de su idoneidad, experiencia y capacidad de ejecutar el contrato, verificado el cumplimiento de los requisitos que previamente se establezcan, de la oferta que se reciba.

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

De conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la ley 1150 de 2007, se debe discriminar y asignar los riesgos previsibles que puedan afectar el principio de equilibrio económico, por lo cual esta procede a tipificar y asignar los riesgos previsibles involucrados en el presente proceso contractual.

El concepto de riesgo en desarrollo del presente contrato se puede definir como la probabilidad de ocurrencia de eventos aleatorios que afecten el desarrollo de este, generando una variación sobre el resultado esperado conforme al objeto de contractual suscrito. Discriminación de los riesgos y control de estos.

DEFINICIONES: Para los efectos de los diferentes procesos de selección, se entenderán las siguientes categorías del riesgo:

- **Riesgo Previsible:** Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

- **Riesgo Imprevisible:** Son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actas terroristas, guerra o eventos que alteren el orden público.

- **Tipificación del riesgo:** Es lo enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio de la ESE HUS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

- **Asignación del riesgo:** Es el señalamiento que hace ESE HUS, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de las circunstancias tipificadas, asumiendo su costo.

- **Ver documento Anexo MATRIZ DE RIESGOS ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.**

8. ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DESTINADAS A AMPARAR LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL O EXTRACONTRACTUAL, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL OFRECIMIENTO O DEL CONTRATO SEGÚN EL CASO, ASÍ COMO LA PERTINENCIA DE LA DIVISIÓN DE AQUELLAS, DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN SOBRE EL PARTICULAR.

El contratista deberá constituir a favor de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-NIT 900.006.037-4, una garantía mediante un contrato de seguros contenido en una póliza, otorgada por una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con los siguientes amparos, cuantías y vigencias:

8.1. GARANTÍAS DESTINADAS A AMPARAR LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

A). AMPARO DE CUMPLIMIENTO:

El amparo de cumplimiento cubre a la ESE HUS contra los perjuicios derivados del incumplimiento imputables al contratista de las obligaciones emanadas del contrato garantizado. Este amparo comprende el pago de las multas y el valor de la cláusula penal pecuniaria que se haga efectiva.

El pago de la cláusula penal pecuniaria no impedirá que la Entidad use otras vías para reclamar los perjuicios que en exceso de este valor le causen.

El valor del amparo de cumplimiento no será inferior al monto de la cláusula penal pecuniaria ni al diez por ciento (10%) del valor del contrato.

La vigencia de este amparo será del plazo del contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio, por parte del supervisor y el Contratista. En todo caso se mantendrá vigente hasta la liquidación del contrato.

B). AMPARO CALIDAD DEL BIEN:

El amparo de calidad del bien cubre a las entidades estatales contratantes contra los perjuicios derivados del incumplimiento imputable al afianzado sobre las especificaciones y requisitos mínimos de los bienes suministrados.

El amparo no podrá ser inferior al veinte por ciento (20%) del valor del contrato. ***La Vigencia de este amparo será de un (1) año contado a partir de la finalización del plazo del contrato.***

C). PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES: El valor del amparo de pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales será del treinta (30) % del valor del contrato y la vigencia de este amparo será del plazo del contrato y tres (3) años más.

Nota 1: En cualquier evento en que se aumente el valor del Contrato o se prorrogue su vigencia deberán ampliarse o prorrogarse las correspondientes garantías.

Nota 2: El término de vigencia de la garantía, empezará a contarse a partir de la fecha de expedición de la póliza, y deberán estar vigentes hasta la liquidación del contrato.

FABIO EDUARDO HERRERA D.
Profesional Universitario Almacenista General ESE HUS
V.B. Aspectos Técnicos

JUAN CARLOS SUPELANO VILLAMIZAR
Subgerente Administrativo y Financiero del ESE HUS
V.B. Aspectos Administrativos y Financieros

MARÍA CLARA NIÑO GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
V.B. Aspectos Jurídicos

Proyectó Aspectos económicos: ***Soley Ayala Pardo***
Profesional Universitaria Estudios del Sector – (Contratista)

Revisó Aspectos Jurídicos: ***Blanca Yensi Barrios Barragán***
Abogada de Apoyo a Gerencia ESE HUS – (Contratista)

Elaboró: ***Andrés Eduardo Vega Arguello***
Abogado de apoyo a la – Oficina Asesora Jurídica ESE HUS – (Gestión Integral AT)

ANEXO No. 02
MATRIZ DE RIESGOS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

[redacted]											¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Control a ser implementado	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad
1	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	ECONOMICO	Fluctuación en precios de insumos y medios de producción y ofertas artificialmente bajas	Que el contrato no pueda ejecutarse o que presente desequilibrio contractual	2	4	5	MEDIO	Contratista	Verificación de posible fluctuación de precios para reconocimiento de equilibrio financiero	2	3	5	BAJO	SI	ENTIDAD ESTATAL	DESDE ETAPA DE PLANEA-CIÓN	LIQUIDACIÓN	A través de los informes de ejecución del supervisor técnico	Cada vez que se radique una cuenta por parte del contratista
2	ESPECIFICO	INTERNO	EJECUCIÓN	SOCIAL Y POLITICO	Ocurrencia de paros y huelgas	Que no se pueda ejecutar el contrato poniendo en riesgo el servicio asistencial del hospital y la vida de los usuarios	4	5	5	ALTO	Entidad Pública	Mejorar condiciones de trabajo y mantener flujo de insumos	2	2	3	BAJO	SI	ENTIDAD ESTATAL	EJECUCIÓN	LIQUIDACIÓN	A través del supervisor técnico	Cada vez que se presente una novedad
3	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	SOCIAL Y POLITICO	Ocurrencia de paros y huelgas	Que no se pueda ejecutar el contrato poniendo en riesgo el servicio asistencial del hospital y la vida de los usuarios	2	4	4	MEDIO	Contratista	Verificación de las condiciones socio políticas actuales	2	2	2	BAJO	SI	ENTIDAD PÚBLICA	EJECUCIÓN	LIQUIDACIÓN	A través del supervisor técnico	Cada vez que se presente una novedad
4	ESPECIFICO	INTERNO	PLANEACIÓN	OPERACIONAL	Que el presupuesto del contrato no sea suficiente para dar cumplimiento al objeto	Que no se pueda ejecutar el contrato afectando el servicios asistencial y la vida de los pacientes	3	5	5	ALTA	Contratista	Verificación de gastos históricos de la entidad	3	2	3	BAJO	SI	ENTIDAD ESTATAL	DESDE LA PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	A Través de los informes del supervisor técnico	Cada vez que se presenta la cuenta por el contratista

ANEXO No. 02
MATRIZ DE RIESGOS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

										¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Control a ser implementado	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
												Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad
5	ESPECIFICO	INTERNO	PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	OPERACIONAL	Que el plazo inicial del contrato deba ser prorrogado para dar cumplimiento a su objeto	Se generan más costos para la entidad y retrasos en la prestación del servicio	5	4	5	ALTA	A la entidad Pública	Debida planeación del proceso	4	3	4	MEDIO	SI	ENTIDAD ESTATAL	DESDE LA PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	A Través de los informes del supervisor técnico	Cada vez que se presenta la cuenta por el contratista
6	ESPECIFICO	INTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	Incumplimiento de obligaciones contractuales y/o mala calidad en la prestación del servicio	Se generan más costos para la entidad y retrasos en la prestación del servicio, y afectación a la vida de los usuarios	2	1	1	BAJO	Al contratista	Estricta supervisión Técnica	2	1	1	BAJO	SI	ENTIDAD PÚBLICA	DESDE LA EJECUCIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	A Través de los informes del supervisor técnico y desde el reporte de novedades	Cada vez que se presenta la cuenta por el contratista
7	GENERAL	INTERNO	CONTRATACIÓN	OPERACIONAL	Tardía presentación de las garantías para la legalización del contrato	No cumplimiento de los plazos establecidos para la legalización y demora en el inicio de ejecución del contrato	3	2	5	MEDIO	CONTRATISTA	Establecer en los pliegos y términos de invitación las condiciones de entrega de garantía so pena de rechazo	2	1	3	BAJO	NO	ENTIDAD PÚBLICA	LEGALIZACIÓN	N/A	Seguimiento estricto a la fechas establecidas en el pliego para la legalización	Cada vez que se suscriba un contrato
8	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN EJECUCIÓN	OPERACIONAL	Preservación de la integridad y confidencialidad de la información que maneja en el proceso	Que se filtre información que ponga en riesgo a la institución o que viole la confidencialidad de documentos bajo reserva legal	3	4	3	ALTA	CONTRATISTA	Incluir cláusulas de confidencialidad en los contratos	2	2	2	BAJO	NO	ENTIDAD PÚBLICA	DESDE LA PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	A través de seguimiento del supervisor técnico	Mensual y cuando se reporten novedades

ANEXO No. 02
MATRIZ DE RIESGOS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

[redacted]											¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Control a ser implementado	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad
9	ESPECIFICO	INTERNO	PLANEACIÓN	FINANCIEROS	Dificultad para obtener el capital que financie el cumplimiento del objeto del contrato	Afectación de la eficiente prestación del servicio asistencial a los usuarios y riesgo de paros y huelgas	4	4	4	ALTO	ENTIDAD PÚBLICA	Mejorar el flujo de caja y cobro de cartera	3	2	3	MEDIO	SI	ENTIDAD PÚBLICA	DESDE LA PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	Gestión Financiera	Según presentación informes de cartera
10	ESPECIFICO	EXTERNO	PLANEACIÓN	FINANCIERO	Dificultad para obtener el capital que financie el cumplimiento del objeto del contrato	Afectación de la eficiente prestación del servicio asistencial a los usuarios	4	4	4	ALTO	ENTIDAD PÚBLICA	Fijar criterios estrictos para verificar capacidad financiera del proponente a elegir	3	2	3	MEDIO	SI	ENTIDAD PÚBLICA	DESDE LA PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	A través del comité evaluador que seleccione correctamente	A través de los infirmes del supervisor técnico
11	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	FINANCIERO	Devaluación de la moneda nacional que interfiera en la formulación de la propuesta económica	Afectación de la eficiente prestación del servicio a los usuarios	1	2	3	BAJA	AL CONTRATISTA	Verificación condiciones económicas del mercado	1	2	3	BAJA	NO	CONTRATISTA	PLANEACIÓN	LIQUIDACIÓN	A Través de los informes del supervisor técnico y desde el reporte de novedades	A través de los infirmes del supervisor técnico
12	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	REGULATORIOS	Cambio en las disposiciones de carácter legal en materia laboral sindical	Incremento de costos de los procesos	2	1	1	BAJA	AL CONTRATISTA	Verificación de regulaciones legales en las diferentes materias relacionadas	2	1	1	BAJA	NO	CONTRATISTA	PLANEACIÓN	LIQUIDACIÓN	Actualización en normatividad vigente	Cada vez que cambie la regulación existente
13	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	REGULATORIOS	Cambios en el SGSS	Incremento de costos de los procesos	2	1	1	BAJA	CONTRATIS TA	Verificación de regulaciones legales en las diferentes materias relacionadas	2	1	1	BAJA	NO	CONTRATIS TA	PLANEACIÓN	LIQUIDACIÓN	Actualización en normatividad vigente	Cada vez que cambie la regulación existente

ANEXO No. 02
MATRIZ DE RIESGOS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Control a ser implementado	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad
14	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	REGULATORIO	Creación de nuevos impuestos, tasas y contribuciones que afecten el presupuesto del contrato	Incremento de costos de los procesos	2	1	1	BAJA	AL CONTRATISTA	Verificación de regulaciones legales en las diferentes materias relacionadas	2	1	1	BAJA	NO	AL CONTRATISTA	PLANEACIÓN	LIQUIDACIÓN	Actualización en normatividad vigente	Cada vez que cambie la regulación existente
15	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	AMBIENTALES	Desconocimiento de legislación ambiental y no aprobación de licencias ambientales que afecten el contrato	Incremento de costos de los procesos	3	5	5	ALTA	AL CONTRATISTA	Verificación de regulaciones legales en las diferentes materias relacionadas	3	3	3	MEDIO	NO	ENTIDAD Y CONTRATISTA	DESDE PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	A través de informes de la oficina asesora de calidad	Cada vez que se registren cambios normativos
16	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	TECNOLÓGICOS	Advenimiento de nuevos desarrollos tecnológicos	Afectación en la prestación del servicio administrativo y asistencial	2	2	2	BAJA	AL CONTRATISTA	Actualización en innovaciones tecnológicas	2	2	2	BAJA	SI	ENTIDAD PÚBLICA	DESDE PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	Verificación de innovaciones tecnológicas por el área competente y a través de los informes de supervisión técnica	Cada vez que se den cambios tecnológicos y reporte de novedades
17	GENERAL	EXTERNO	PLANEACIÓN	TECNOLÓGICOS	Obsolescencia tecnológica	Afectación grave en la prestación del servicio asistencial y administrativo	2	2	2	BAJO	AL CONTRATISTA	Actualización en innovaciones tecnológicas	2	2	2	BAJA	SI	AL CONTRATISTA	PLANEACIÓN	HASTA LA LIQUIDACIÓN	Verificación de innovaciones tecnológicas por el área competente y a través de los informes de supervisión técnica	Cada vez que se den cambios tecnológicos y reporte de novedades

64

ANEXO MACROPROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN

El contratista debe entregar y poner a disposición los equipos de cómputo, impresión y/o digitalización al supervisor de cada área.

El contratista debe garantizar la contingencia de cada uno de los equipos de cómputo en caso de mantenimiento, daño, o pérdida cumpliendo con las especificaciones mínimas solicitadas.

El contratista debe entregar cronograma establecido para la ejecución de mantenimientos correctivos a sus equipos.

El contratista deberá suministrar protocolo de mantenimiento preventivo para los equipos que hacen parte de los medios de producción.

El contratista debe realizar un mantenimiento preventivo cada 6 meses a la totalidad de equipos informáticos y mantenimiento correctivo cada vez que se requiera.

El contratista debe garantizar la instalación, configuración puesta en marcha y licenciamiento de la solución software antivirus para cada uno de los equipos que sean instalados en la ESE HUS.

El contratista debe garantizar el servicio de internet para cada uno de los equipos de su propiedad y cualquier actividad que se necesite para la instalación de la última milla deberá ser asumida por el proponente. La administración del internet estará a cargo de la ESE HUS.

El contratista debe contar con un técnico de servicio con cubrimiento en la jornada laboral de la ESE HUS.

El contratista se compromete y es el responsable que todo el software instalado en cada uno de los computadores que hagan parte de los medios de producción sea legal y debidamente licenciado.

El contratista se hace responsable por la legitimidad de marca o patentes relacionadas con los componentes lógicos de los equipos y sistemas ofrecidos.

El contratista se hará responsable por reclamación que pueda presentarse por concepto de violación a las patentes, licencias o manifiesto de importación, de la calidad de materiales, etc. Y serán por su cuenta todos los gastos que puedan ocasionarse por tal concepto.

El contratista participará en las sesiones que sean necesarias para la capacitación en las herramientas software que disponga la Ese Hospital Universitario de Santander.

El contratista debe entregar el inventario equipos de cómputo, impresoras, scanner y software al iniciar el contrato al supervisor, quien solicitara acompañamiento a sistemas para verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas en el contrato; el inventario debe entregarse actualizado cada seis meses.

El contratista debe entregar evidencias al cumplimiento del Manual de Seguridad de la Información vigente, así como a cada una de las políticas que se definan para garantizar la seguridad de la información.

El contratista exigirá a sus colaboradores que al momento desvincularse de la entidad o trasladarse de una dependencia a otra, entregue al supervisor de la dependencia o a quien éste delegue, la entrega de los activos de información, realizando el registro en el formato GII-GEI-FO-07 ENTREGA DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN) que por el ejercicio de sus funciones haya producido o tenga en custodia el ejecutor del proceso.

El contratista debe exigir a sus colaboradores la suscripción del ANEXO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN DE LA ESE HUS y enviar dicho anexo al supervisor de la ESE HUS.

El contratista se hace responsable de la información y las copias de seguridad de cada uno de sus equipos, siguiendo el procedimiento de copias de seguridad a pcs (GII-SIS-PR-01) y/o direccionamiento de la institución que contribuya a la salvaguarda de la información.

ANEXO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACION DE LA ESE HUS.

El contratista debe garantizar y dar cumplimiento al presente anexo de acuerdo a la normatividad vigente para este:

1. Manejar y guardar de manera confidencial la información que como tal le sea presentada y entregada, con el fin de que la misma no sea empleada en beneficio propio o de terceros.
2. Solicitar previamente y por escrito la respectiva autorización para realizar cualquier publicación de la información tratada por la E.S.E HUS, ante el Supervisor y/o Interventor del contrato.
3. Evitar y prevenir la afectación del atributo de integralidad, exactitud y totalidad de la información parcial o total.
4. Tomar las medidas de prevención necesarias para evitar la afectación a la confidencialidad de la información.
5. Conocer y aplicar las políticas asociadas a la seguridad de la información y procedimientos apropiados relacionados al manejo de la información de la E.S.E HUS.
6. No permitir, ni facilitar el uso de los sistemas informáticos de la E.S.E HUS a personas no autorizadas por la institución.
7. Garantizar el acceso a la información pública de acuerdo a lo definido en el procedimiento de clasificación de la información.
8. Al finalizar el contrato o al cambiarse de ejecutor se debe garantizar que la información no sea borrada, alterada, sustraída y debe ser entregada en su totalidad al supervisor del contrato. Esto debe realizarse utilizando el formato GEII-FO-07-ENTREGA DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN.
9. No utilizar los recursos informáticos (hardware, software o datos) y de telecomunicaciones (teléfono, fax, conexiones de red) para otras actividades que no estén directamente relacionadas con el trabajo tales como (Descargar: música, juegos, fotos personales, software).
10. Conocer y dar aplicabilidad a la ley 1266 de 2008 de Habeas Data y sus normas complementarias, en el tratamiento y uso de los datos personales a los que tenga acceso y sean recogidos en el ejercicio de la prestación del servicio.
11. Conocer y dar aplicabilidad a la ley 1273 por medio de la cual se modifica el código penal, se crea un nuevo bien jurídico tutelado – denominado "de la protección de la información y de los datos" – y se preservan integralmente los sistemas que utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones, entre otras disposiciones.
12. Al inicio del contrato se debe garantizar y entregar el inventario de equipos informáticos y lista de personal que serán usados para el cumplimiento del objeto del contrato.
13. Se debe garantizar que las novedades de personal (ingreso, retiro, traslado) deben ser notificadas al supervisor del contrato con un tiempo no superior a (5) días.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Bucaramanga, 14 de julio de 2022.

Señor(es):
EDICIONES IMPRO DISTRIBUCIONES
Calle 39 No. 19 – 44
Bucaramanga – Santander
Edicionesimpro2@gmail.com

ASUNTO: INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA CONTRATO DE SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO

La ESE Hospital Universitario de Santander, se permite invitarlo a presentar propuesta para ejecutar el siguiente objeto contractual: **"SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS",** de acuerdo con los parámetros que a continuación se detallan:

1. ALCANCE DEL OBJETO:

La ESE HUS con la presente contratación busca garantizar la prestación de los diferentes servicios médicos y asistenciales a los usuarios de la ESE Hospital Universitario de Santander.

2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

El contratista se compromete con la ESE HUS a suministrar el siguiente material litográfico según necesidad del servicio y a solicitud del supervisor del contrato

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
3	TARJETA MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADA. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta.

	Unidad (1)
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS) Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
29	FORMATO AUTOEXCLUSION Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).

35	FORMATO HOJA DE GASTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO – SIAU - Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
55	FORMATO PRESTAMO DE EQUIPOS BIOMEDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTOS DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA – Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).

60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
66	FORMATO RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.
67	**CHUSPAS INSTITUCIONALES.** **Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).**
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.
69	**CARPETAS HISTORIA CLINICA** **Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.**
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.
76	**CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND.** Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.
77	**CARTILLA EN PROPALCOTE** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
78	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND** Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).
79	**CARTILLA EN OPALINA** Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)
80	**CARNÉT.** Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).
81	**CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA.** Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
82	**CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS.** Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina brístol, según modelo dado por la ESE HUS.
83	**CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO.** Descripción: En cartulina brístol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)
84	**VOLANTES A UNA TINTA.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)
85	**VOLANTES A FULL COLOR.** Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)

86	**PLEGABLES.** Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)
87	**MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA** Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
88	**MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS** Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)
89	**AFICHES** Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)
90	**MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS.** Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)
91	**LIBRETA TIPO CONGRESO** Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
92	**BOTÓN CON PIN METÁLICO** Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)
93	**LIBRETA TIPO CUADERNO** Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)
94	**BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA** Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)
95	**TACOS DE PAPEL BOND.** Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad
96	**CINTAS PARA PORTAR EL CARNET** Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.
97	**PORTA CARNET** Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).
98	**LAPICERO.** Descripción: Lapicero retráctil con Logos HUS – Acreditación cuerpo en cartón Unidad (1)
99	**LLAVERO** Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)
100	**PENDONES.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)
101	**CARTELERAS EN MDF.** Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)
102	**PENDONES TIPO ARAÑA.** Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)
103	**PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS.** Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.
104	**CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.
105	**AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS** Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.
106	**CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA** Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).

NOTA 1: Los Ítems que son de adhesivos, tarjetas, cartulina o bond 90, o bond 115 gramos deberán ser entregados en empaques de 100 unidades cada uno.

NOTA 2: Los ítems 67 y 69, no se adjunta modelo porque serán solicitados al proveedor según pautas determinadas por la ESE HUS.

NOTA 3: Los Ítems que sean de papel Bond o periódicos deberán ser entregados de 100 hojas cada uno.

NOTA 4: Del ítem 76 al 106 no se adjuntan modelos teniendo en cuenta que le serán solicitados al proveedor según pautas, contenidos y parámetros requeridos en determinado momento por las diferentes áreas de la ESE HUS.

3. OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

A. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

El contratista debe dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

1.Cumplir con las especificaciones técnicas requeridas para el efectivo desarrollo del objeto contractual.
2.Prestar la colaboración necesaria para el desarrollo del objeto del contrato.
3.Acreditar afiliación a salud, pensión y riesgos laborales, según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 y 797 del 2003 y decreto 510 del 2003, Ley 1753 de 2015 artículo 135.
4.Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral y prestacional.
5.Otorgar las pólizas dentro de los términos que solicite la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.
6.Aceptar la supervisión por parte de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.
7.No acceder a amenazas o a peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten este tipo de situaciones.
8.Presentar informes mensuales de su gestión, como requisito de pago, así como un informe de la totalidad de las actividades ejecutadas y de la finalización de la ejecución del contrato y los demás informes que le sean asignados.
9.EL CONTRATISTA debe dar cumplimiento obligatorio a los procesos y procedimientos establecidos por la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER para la evaluación y control de las políticas establecidas por la entidad, garantizando de esta manera la calidad de la atención a los usuarios, tendientes a la acreditación de la institución.
10. Apoyar y participar en las diferentes acciones de mejoramiento tendientes a la implementación del Sistema único de Acreditación en la ESE HUS.
11. Cumplir a cabalidad con el Procedimiento de Atención y Solución de Quejas y Reclamos de los Usuarios Gestión del Mejoramiento Continuo si aplica, en especial suministrando la información necesaria para responderlos en los tiempos establecidos.
12. El contratista deberá dar cumplimiento al anexo de confidencialidad para el manejo de la información de la ESE HUS.
13. El contratista deberá garantizar el correcto tráfico de la información, contemplando la entrega y devolución de la misma suministrada al contratista, y la producida por este durante la ejecución del contrato.
14. El contratista se compromete a adherirse de forma total a las guías, estándares y manuales de calidad determinados por la ESE HUS.
15. El contratista deberá cumplir con las normas laborales frente al personal que se encuentre a su cargo y que sea asignado para la ejecución de las actividades en la ESE HUS.
16. El contratista deberá cumplir con las normas nacionales, departamentales y municipales acerca de las medidas de bioseguridad, para el personal que se encuentre a su cargo y que sea asignado para la ejecución de las actividades en el hospital Universitario de Santander.

B. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Suministrar para el Hospital el servicio de litografía, dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de realizada la solicitud.
2. Realizar el trabajo litográfico conforme a los archivos, modelos y formatos en la cantidad que se le indique acorde a cada necesidad requerida.
3. El contratista deberá realizar un modelo previo a la impresión total de los formatos de papelería y presentarlo al supervisor del contrato.
4. Permitir al supervisor, la revisión previa de los documentos y material en general, concernientes con el desarrollo del objeto contractual.
5. El contratista realizará los cambios que sean necesarios cuando el producto presente defectos o roturas, el cambio se debe realizar dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de observación del hecho.
6. Garantizar el bien que se va a contratar en calidad acorde con las especificaciones técnicas solicitadas por el supervisor del contrato
7. Entregar las cantidades de formatos de papelería en las fechas concertadas entre el contratista y el supervisor del contrato
8. Realizar cambios de los formatos de papelería que no cumplan los requerimientos técnicos solicitados por el supervisor del contrato.
9. Todos los materiales, elementos e insumos a suministrar en el desarrollo del contrato deben ser empacados en forma adecuada, para lo cual deben emplearse las mejores prácticas de preservación y protección contra la humedad, la

corrosión, entre otros, al igual cumplir con las demás exigencias adicionales que le haga la entidad en cuanto al empaque y embarque de los mismos.

10. Cada entrega a realizar en el área de almacén deberá efectuarse soportada por medio de remisión y/o solicitud realizada con su correspondiente factura.
11. Es responsabilidad del contratista proveer de los elementos de protección personal al personal a cargo (tapa bocas, guantes, botas, gafas, etc.), necesarios durante su permanencia en la ESE HUS
12. Informar de forma inmediata al supervisor del contrato de cualquier anomalía o variación de insumos en el mercado que se presente durante la ejecución del mismo, por medio de oficio respectivamente.
13. El contratista deberá garantizar que los insumos utilizados sean reciclables y de baja carga contaminante.
14. Designar una persona de la empresa debidamente facultada para resolver de forma inmediata cualquier inquietud y/o inconveniente que se presente dentro de la ejecución del contrato; para ello deberá entrar en contacto con el supervisor del contrato.

C. OBLIGACIONES ESE HUS:

1. Ejercer la supervisión administrativa y financiera, la cual se realizará a través de la Oficina de Interventoría Administrativa o quien haga sus veces y designar un supervisor técnico, quienes tendrán la facultad de inspeccionar en cualquier tiempo, el desarrollo del contrato, incluyendo las especificaciones técnicas, así como la calidad del servicio e igualmente velar por el estricto cumplimiento de su objeto y control de las obligaciones adquiridas a través del mismo.
2. Cancelar el valor pactado en el contrato que se suscriba de conformidad a la forma de pago establecida y bajo la presentación y aprobación previa de los informes, actas y demás documentos que soporten el cumplimiento del objeto y de las obligaciones derivadas del mismo por parte de EL CONTRATISTA.

D. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA:

El Contratista hace las siguientes declaraciones:

1) Conoce y acepta los Documentos del Proceso.
2) Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato.
3) El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.
4) Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral.
5) El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato.
6) El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.
7) El Contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.

4. LUGAR DE EJECUCION DEL OBJETO CONTRACTUAL.

La ejecución del contrato se llevará a cabo en el Municipio de Bucaramanga, en las instalaciones de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, ubicado en la Carrera 33 No. 28-126 en la ciudad de Bucaramanga, Santander.

5. TIEMPO DE EJECUCIÓN.

El término de ejecución del contrato será **A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022**, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización de contrato.

6. PRESUPUESTO OFICIAL.

El presupuesto oficial para el presente proceso de contratación es el valor estimado en la suma de **CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 108.000.000)**, que serán ejecutados por sistema de bolsa, de acuerdo a los valores asignados a cada ítem relacionado a continuación:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	1	$201	$38	$239
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$213	$40	$253
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	1	$380	$72	$452
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL.Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$162	$31	$193
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	1	$547	$104	$651
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$250	$48	$298
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$334	$63	$397
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1	$243	$46	$289
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1	$605	$115	$720
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1	$126	$24	$150
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel	1	$126	$24	$150

	periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)				
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	1	$126	$24	$150
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	1	$380	$72	$452
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	1	$380	$72	$452
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$126	$24	$150
29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$126	$24	$150
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	1	$126	$24	$150
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$265	$50	$315
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149

38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$167	$32	$199
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$127	$24	$151
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	1	$126	$24	$150
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149

57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	1	$33.445	$6.355	$39.800
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	1	$50.252	$9.548	$59.800
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA –Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	1	$3.605	$685	$4.290
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1	$126	$24	$150
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1	$125	$24	$149
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	1	$125	$24	$149
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$125	$24	$149
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	1	$265	$50	$315
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	1	$2.855	$542	$3.397
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	1	$4.193	$797	$4.990
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.	1	$3.313	$629	$3.942
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres	1	$587	$112	$699
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	1	$1.679	$319	$1.998
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	1	$125	$24	$149
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$125	$24	$149
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	1	$125	$24	$149
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1	$126	$24	$150
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media	1	$42.000	$7.980	$49.980

	carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.				
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$62.400	$11.856	$74.256
78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$63.824	$12.127	$75.951
79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	1	$2.008	$382	$2.390
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	1	$250	$48	$298
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1	$1.420	$270	$1.690
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina brístol, según modelo dado por la ESE HUS.	1	$1.560	$296	$1.856
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina brístol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1	$1.236	$235	$1.471
84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	1	$82	$16	$98
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	1	$218	$41	$259
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	1	$580	$110	$690
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1	$2.092	$397	$2.489
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1	$4.950	$941	$5.891
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	1	$3.696	$702	$4.398
90	MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	1	$5.538	$1.052	$6.590
91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1	$5.025	$955	$5.980
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	1	$13.417	$2.549	$15.966
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuaderno, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1	$5.025	$955	$5.980
94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	1	$12.185	$2.315	$14.500

95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	1	$3.277	$623	$3.900
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	1	$2.504	$476	$2.980
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	1	$496	$94	$590
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	1	$2.504	$476	$2.980
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	1	$4.958	$942	$5.900
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	1	$82.353	$15.647	$98.000
101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	1	$418.487	$79.513	$498.000
102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	1	$142.773	$27.127	$169.900
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	1	$1.336	$254	$1.590
104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	1	$159.580	$30.320	$189.900
105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	1	$159.580	$30.320	$189.900
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1	$54.538	$10.362	$64.900

Sobre las anteriores sumas de dinero se liquidarán todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales que deba pagar la entidad contratante como sujeto pasivo de tales impuestos, tasas y contribuciones.

Para efectos de la retención en la fuente por renta, la ESE HUS procederá de conformidad con la normatividad tributaria vigente, y en caso de que no haya lugar a ello, el proponente deberá indicar la norma que lo excluye o le otorga la exención.

La ESE Hospital Universitario de Santander, no reconocerá suma alguna por impuestos. En materia de impuestos no se aceptarán salvedades de naturaleza alguna

El eventual CONTRATISTA autorizará a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, para que, por conducto de su Tesorería, efectúe de los pagos a su favor las deducciones por concepto de los gravámenes legales a que hubiere lugar, teniendo en cuenta para la respectiva deducción, los parámetros que para tal efecto haya establecido la disposición que dio origen al gravamen

6.1. <u>RUBRO PRESUPUESTAL:</u>

El valor del presente contrato se pagará con cargo al presupuesto de la vigencia fiscal 2022 y al rubro presupuestal **No.**

2.1.2.02.01.003.01 denominado **MATERIALES Y SUMINISTROS ADMINISTRATIVOS** con Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 783 de fecha 13 de junio de 2022 con destinación al suministro de material litográfico para la ESE HUS.

7. TIPO DE CONTRATO:

El contrato a celebrar como resultado del presente proceso será de **SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO.**

8. FORMA DE PAGO.

La ESE HUS pagará al contratista por el material litográfico efectivamente entregado y aceptado por el supervisor del contrato dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la factura y constancia y/o certificación del cumplimiento del objeto contractual suscrita por el supervisor técnico, igualmente deberá anexar certificación de pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del SENA, ICBF, y cajas de compensación familiar cuando corresponda y estampillas a que hubiere lugar. El término establecido en la presente clausula quedará sujeto a la disponibilidad de recursos en la caja. El ultimo pago que se efectúe por parte de la ESE HUS al contratista estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación correspondiente. **PARAGRADO 1:** La última factura deberá tener fecha del último día de la vigencia del contrato y ser radicada en un plazo no mayor a 15 días calendario después de la fecha de finalización. La factura deberá referenciar el número del contrato, el periodo que contempla las actividades ejecutadas, indicar si es régimen común o simplificado y su razón social. **PARÁGRAFO 2:** En el caso de presentarse inconsistencias o requerimiento por parte de la E.S.E. HUS, el término para el pago sólo empezará a contarse a los treinta (30) días siguientes a la presentación de la nueva factura, una vez solucionada la solicitud. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA, quien, por este instrumento, renuncia expresamente al pago de cualquier tipo de intereses y/o indexación o valores de clase o naturaleza alguna. **PARÁGRAFO 3:** El monto a pagar estará sujeto al grado de ejecución del objeto contratado de acuerdo con la certificación del supervisor técnico y financiero. **PARÁGRAFO 4:** El contratista deberá presentar la cuenta de cobro mes vencido de acuerdo a los elementos de litografía suministrados a la ESE HUS.

9. OFERTA ECONÓMICA

El oferente deberá presentar oferta económica en idioma castellano, firmada en original por el representante legal de la firma. No se aceptarán propuestas presentadas con decímales.

10. SUPERVISIÓN:

El supervisor desarrollará sus funciones con arreglo a los principios de eficiencia, economía, eficacia e imparcialidad. El objetivo principal de la supervisión será procurar el logro de los objetivos que se pretendan en la presente contratación. Para ello, deberá cumplir las funciones técnicas, administrativas, contables, financieras y de carácter jurídico contenidas en el artículo 38 del Manual de Contratación de la ESE HUS adoptado mediante acuerdo de Junta Directiva N° 09 de mayo 07 de 2020, la cual será realizada de la siguiente manera:

COMPONENTE	RESPONSABLE
ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA Y CONTABLE	• **Profesional Universitario Código 219 – Grado 2** de la dependencia de Interventoría de Contratos de la Oficina Asesora Jurídica de la ESE HUS, o quien haga sus veces.
TÉCNICA	• **Profesional Universitario Almacenista General de la ESE HUS** o quien haga sus veces o el profesional que se designe para tal fin

11. REQUISITOS HABILITANTES Y DE PARTICIPACIÓN:

A. REQUISITOS DE ORDEN LEGAL:

Objeto de la empresa o proponente: El objeto social del proponente deberá tener relación directa con el objeto de la presente invitación y cumplir con todos los requisitos legales para el ejercicio de dicha actividad y que no se encuentren dentro del régimen de inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de interés de acuerdo a las normas legales vigentes y para las personas jurídicas que su vigencia no sea menor al termino de ejecución del contrato y un año más.

- **CARTA DE PRESENTACIÓN DE LAOFERTA**

El Contratista deberá formalizar su propuesta mediante carta de presentación de la oferta debidamente firmada por parte de la persona legalmente facultada. La carta de presentación se deberá diligenciar de conformidad con el formato del **ANEXO 1** adjunto a la presenta invitación. **(EN ORIGINAL)**

- **CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

A la propuesta se deberá anexar certificado de existencia y representación legal con **fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario** anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, cuya actividad u objeto social esté relacionado con el objeto a contratar. Deberá tenerse en cuenta que, si el representante legal tiene limitaciones para contratar, deberá anexarse a la propuesta la correspondiente autorización expedida por el órgano societario competente. Además, si se va actuar por medio de un representante legal suplente deberá acreditarse la condición que lo habilita para ser titular, mediante certificado del representante legal titular o del órgano societario competente, a menos que en el certificado de cámara de comercio se indique que, pude haber representación legal simultánea.

- **COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Copia simple de la Cedula de ciudadanía (persona natural-representante legal).

- **COPIA DEL RUT:**

El Contratista deberá anexar una fotocopia del RUT (Registro Único Tributario) actualizado que tramitó ante la DIAN.

- **PAZ Y SALVO CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y DE APORTES PARAFISCALES.**

Según lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 797 de 2003, el Decreto 510 de 2003 y la Ley 1150 de 2007, el Contratista deberá presentar una certificación **donde se acredite estar al día en el pago** de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Sena y demás a que haya lugar.

Si la persona jurídica es una sociedad de las obligadas a tener Revisor Fiscal legal o estatutariamente, la certificación deberá estar suscrita por quien figure nombrado como Revisor Fiscal. Se debe anexar copia de la cédula de ciudadanía, de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la junta central de contadores del Revisor Fiscal que firma. Para el caso de las empresas que no están obligadas a tener revisor fiscal, el certificado deberá ser firmado por el Representante legal, pudiendo la Entidad en caso de considerarlo necesario, solicitar información adicional.

- **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES**

El contratista deberá acreditar que no registra antecedentes judiciales que le impidan contratar con el Estado, para lo cual podrá anexar el correspondiente certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional, con una antelación no superior a los 30 días anteriores a la fecha de presentación de la oferta. De existir tales antecedentes vigentes, la propuesta será rechazada de plano. La ESE HUS verificará la situación en la correspondiente página web donde se publican estos antecedentes. Este certificado también se exige en las mismas condiciones para el representante legal del oferente. Este requisito también se exige y deberá cumplirse por el representante legal de las personas jurídicas.

- **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**

El contratista deberá acreditar que no registra antecedentes disciplinarios que le impidan contratar con el Estado, para lo cual podrá anexar el correspondiente certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, con una antelación no superior a los 30 días anteriores a la fecha de presentación de la oferta. De existir tales antecedentes vigentes, la propuesta será rechazada de plano. La ESE HUS verificará la situación en la correspondiente página web donde se publican estos antecedentes. Este certificado también se exige en las mismas condiciones para el representante legal del oferente. Este requisito también se exige y deberá cumplirse para el representante legal de las personas jurídicas.

- **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES**

El contratista deberá acreditar que no registra antecedentes por responsabilidad fiscal que le impidan contratar con el Estado, para lo cual podrá anexar el correspondiente certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República, con una antelación no superior a los 30 días anteriores a la fecha de presentación de la oferta. De existir tales antecedentes vigentes, la propuesta será rechazada de plano. La ESE HUS verificará la situación en la correspondiente página web donde se publican estos antecedentes. Este requisito también se exige y deberá cumplirse para el representante legal de las personas jurídicas.

- **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS**

El contratista deberá acreditar que se encuentra a paz y salvo para con el sistema de registro nacional de medidas correctivas por infracciones al Código nacional de Policía, para lo cual podrá anexar el correspondiente certificado expedido por la PONAL, con una antelación no superior a los 30 días anteriores a la fecha de presentación de la oferta. De no encontrarse a paz y salvo, la propuesta será rechazada de plano. La ESE HUS verificará la situación en la correspondiente página web donde se publican estos antecedentes. Este certificado también se exige en las mismas condiciones para el representante legal de las personas jurídicas.

- **CERTIFICADO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES**

El contratista deberá acreditar que no registra inhabilidad por Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018), reglamentada por el Decreto 753 de 2019 expedido por la Policía Nacional.

- **CERTIFICACIÓN DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD**

El contratista deberá presentar junto con la propuesta certificación expedida por el representante legal de la empresa, en la cual conste que el oferente 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 su defecto se entenderá surtido este requisito con la presentación y firma de la propuesta. **(ANEXO**

- **CERTIFICADO DE DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN MILITAR**

La ESE HUS verificará que los representantes legales de las personas jurídicas, hombres y menores de cincuenta años nacionales, hayan definido la situación militar por medio de consulta a la web de la oficina de la Jefatura de reclutamiento de las Fuerzas Militares de Colombia a través del siguiente link: https://www.libretamilitar.mil.co/Modules/Consult/MilitarySituation.

- **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

Todo contratista, Persona Jurídica (a través de su Representante Legal), deberán presentar este formato, debidamente suscrito en original. **(ANEXO 3).**

- **CERTIFICADO QUE ACREDITE NO ESTAR REPORTADO EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT.**

El Contratista, su representante legal o su apoderado, bien que se trate de personas naturales, jurídicas incluidas sus representantes legales, no podrán encontrarse reportados en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT, para lo cual deberán diligenciar el Anexo GDR-GDR-FO-06, Versión 1, suscrito en original por el proponente o su representante legal, el cual se entenderá rendido bajo la gravedad del juramento. Así mismo, con la presentación de la propuesta se entenderá otorgada la autorización a la ESE HUS para verificar y confirmar su contenido, consultando las fuentes de información a las que haya lugar.

B. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN FINANCIERO:

La verificación financiera, se realizará de acuerdo a la información contenida en los Estados Financieros y/o Registro Único de Proponentes RUP a corte 2021, información renovada y en firme, expedido por la cámara de comercio. Fecha de expedición no superior a 30 días.

Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1041 del 21 de junio de 2022, para verificar la capacidad financiera de los proponentes ***"(...) el proponente deberá acreditar el mejor indicador financiero y organizacional de los ultimo tres (3) años, con el fin de contribuir a la reactivación económica. Se tendrá en cuenta la información vigente y en firme en el RUP, por lo que las entidades Estatales evaluarán estos indicadores teniendo en cuenta el mejor año fiscal que se refleje el registro de cada proponente"*** (negrilla fuera de texto).

Por lo anterior, el proponente deberá indicar cuál de los años se deberá tomar para realizar la respectiva evaluación sobre la capacidad financiera y organizacional, teniendo en cuenta lo preceptuado por la normativa citada. **(Anexo No.05 de la presente invitación - Formato Mejor año fiscal).**

Se considera hábil la propuesta cuando obtenga la calificación de HABILITADA en los requisitos habilitantes establecidos en esta invitación, así:

CAPACIDAD FINANCIERA

- ***ÍNDICE DE LIQUIDEZ***

Indica la liquidez del proponente para ejecutar el contrato. La propuesta será tenida en cuenta cuando el resultado del indicador sea el siguiente:

IL=AC/PC ≥ 2,80

Dónde: IL=Índice de Liquidez. AC =Activo Corriente. PC =Pasivo Corriente

- ***NIVEL ENDEUDAMIENTO***

Indica la proporción de endeudamiento total del proponente. La propuesta será tenida en cuenta cuando el resultado del indicador sea el siguiente:

CE = (TP/TA)*100% <=0,44

Dónde: CE=Coeficiente medio de endeudamiento. TP=Pasivo Total TA=Activo Total.

- ***RAZÓN COBERTURA DE INTERÉS***

Con este indicador sabemos cuántas veces puede pagar una empresa los intereses generados por deudas adquiridas en el periodo; por lo tanto, esto respalda la cancelación de los compromisos. A mayor cobertura de intereses, menor es la probabilidad de que el cliente incumpla sus obligaciones financieras.

Bajo las anteriores consideraciones y según el estudio del sector realizado, nos arroja un promedio de 6,11, por lo tanto, la ESE exigirá que este índice sea igual o superior a **6,11**, con el fin que haya pluralidad de oferentes. En donde la **Razón de Cobertura de Intereses = Utilidad Operacional / Gastos de Intereses.**

Nota: en caso de que uno de los proponentes registre el indicador de Razón de Cobertura de Intereses RCI, como INDETERMINADO se asumirá que cumple ya que sus gastos de intereses corresponden a cero (0)

Razón de cobertura de intereses: Deberá ser igual o superior al 6,11

Razón de cobertura de intereses = Utilidad Operacional > = 6,11
Gastos de Intereses

- ***CAPITAL DE TRABAJO***

El capital de trabajo debe ser mayor o igual al **al cuarenta por ciento (40%)** del valor total del presupuesto oficial para el contrato, de lo contrario será inadmitida la propuesta.
CT=Ac-Pc ≥ **40%** del PO
Dónde: CT= Capital de trabajo. Ac: Activo corriente. Pc=Pasivo corriente

- ***PATRIMONIO.***

El proponente deberá acreditar como mínimo un patrimonio mayor o igual al **al cuarenta por ciento (40%)** del presupuesto oficial.
PTR= AT-PT ≥ **40%** del PO
Dónde: PTRT= Patrimonio: AT: Activo Total. PT=Pasivo Total.

REQUISITOS HABILITANTE DE CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

- ***RENTABILIDAD PATRIMONIO***

Este indicador determina la rentabilidad del Patrimonio del proponente, es decir la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. La propuesta será tenida en cuenta cuando el resultado del indicador sea el siguiente:
RP=UO/P >= **0,22**
Donde: RP = Rentabilidad sobre el Patrimonio. UO: Utilidad Operacional. PTR: Patrimonio

- ***RENTABILIDAD ACTIVO***

Esta determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. La propuesta será tenida en cuenta cuando el resultado del indicador sea el siguiente:
RA=UO/A >=**0,10**
Donde: RA = Rentabilidad sobre el Activo. UO: Utilidad Operacional. A: Activo

C. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN TÉCNICO

- El proponente acreditará que los bienes o insumos ofrecidos cumplen con las especificaciones técnicas mínimas excluyentes exigidas en la descripción de las especificaciones técnicas del presente requerimiento.
- El Proponente deberá presentar certificación de parte del fabricante o distribuidor de los productos ofertados donde garantice que los insumos sean reciclables y de baja carga contaminante.

D. REQUISITO HABILITANTE DE EXPERIENCIA

Se deberá acreditar experiencia en ejecución de un (01) contrato cuyo objeto sea igual o similar al de la presente invitación; y que el valor expresado en salarios mínimos mensuales legales vigentes a la fecha de terminación del contrato sea por monto igual o superior al 100% del presupuesto oficial para este contrato también expresado en SMMLV 2022. Lo cual deberá acreditar con certificación o con copia de los contratos que haya celebrado. Cada certificación anexada deberá contener como mínimo la siguiente información:

- Nombre de la entidad o persona contratante, indicando NIT, dirección, teléfonos, fax.

- Nombre y firma de la persona que expide la certificación.
- Nombre del contratista a quien se le expide la certificación.
- Objeto del contrato.
- Fecha de inicio y terminación del contrato
- Valor total del contrato

12. GARANTÍAS

El contratista deberá constituir a favor de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-NIT 900.006.037-4, una garantía única mediante un contrato de seguros contenido en una póliza, otorgada por una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con los siguientes amparos, cuantías y vigencias:

12.1. GARANTÍAS DESTINADAS A AMPARAR LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

A). AMPARO DE CUMPLIMIENTO:

El amparo de cumplimiento cubre a la ESE HUS contra los perjuicios derivados del incumplimiento imputables al contratista de las obligaciones emanadas del contrato garantizado. Este amparo comprende el pago de las multas y el valor de la cláusula penal pecuniaria que se haga efectiva.

El pago de la cláusula penal pecuniaria no impedirá que la Entidad use otras vías para reclamar los perjuicios que en exceso de este valor le causen. ***El valor del amparo de cumplimiento no será inferior al monto de la cláusula penal pecuniaria ni al diez por ciento (10%) del valor del contrato.***

La vigencia de este amparo será del plazo del contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio, por parte del supervisor y el Contratista. En todo caso se mantendrá vigente hasta la liquidación del contrato.

B). AMPARO CALIDAD DEL SERVICIO:

El amparo de calidad del servicio cubre a las entidades estatales contratantes contra los perjuicios derivados del incumplimiento imputable al afianzado sobre las especificaciones y requisitos mínimos del servicio contratado.

El amparo no podrá ser inferior al veinte por ciento (20%) del valor del contrato. ***La Vigencia de este amparo será de un (1) año contado a partir del vencimiento del plazo del contrato.***

C). PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES: El valor del amparo de pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales será del treinta (30) % del valor del contrato y la vigencia de este amparo será del plazo del contrato y tres (3) años más.

Nota 1: En cualquier evento en que se aumente el valor del Contrato o se prorrogue su vigencia deberán ampliarse o prorrogarse las correspondientes garantías.

Nota 2: El término de vigencia de la garantía, empezará a contarse a partir de la fecha de expedición de la póliza, y deberán estar vigentes hasta la liquidación del contrato.

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

De conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la ley 1150 de 2007, se debe discriminar y asignar los riesgos previsibles que puedan afectar el principio de equilibrio económico, por lo cual esta procede a tipificar y asignar los riesgos previsibles involucrados en el presente proceso contractual.

El concepto de riesgo en desarrollo del presente contrato se puede definir como la probabilidad de ocurrencia de eventos aleatorios que afecten el desarrollo del mismo, generando una variación sobre el resultado esperado conforme al objeto de contractual suscrito. Discriminación de los riesgos y control de los mismos:

DEFINICIONES: Para los efectos de los diferentes procesos de selección, se entenderán las siguientes categorías del riesgo:

- **Riesgo Previsible:** Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a

ejecutar es factible su ocurrencia.

- **Riesgo Imprevisible:** Son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actas terroristas, guerra o eventos que alteren el orden público.

- **Tipificación del riesgo:** Es lo enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio de la ESE HUS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

- **Asignación del riesgo:** Es el señalamiento que hace ESE HUS, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de las circunstancias tipificadas, asumiendo su costo.

Ver documento Anexo MATRIZ DE RIESGOS ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

14. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA:

El proponente deberá presentar propuesta en físico a más tardar el día viernes 15 de julio de 2022 a las 12:00 MD a la siguiente dirección: Calle 31 # 31-50 Bucaramanga, o a la cuenta de correo electrónico adscrita a la entidad: gerencia@hus.gov.co

Cordialmente,

EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO
GERENTE ESE HUS

FABIO EDUARDO HERRERA D.
Profesional Universitario Almacenista General ESE HUS
V.B. Aspectos Técnicos

JUAN CARLOS SUPELANO VILLAMIZAR
Subgerente Administrativo y Financiero del ESE HUS
V.B. Aspectos Administrativos y Financieros

MARÍA CLARA NIÑO GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
V.B. Aspectos Jurídicos

Proyectó Aspectos económicos: ***Soley Ayala Pardo***
Profesional Universitaria Estudios del Sector – (Contratista)

Revisó Aspectos Jurídicos: *Blanca Yensi Barrios Barragán*
Abogada de Apoyo a Gerencia ESE HUS – (Contratista)

Elaboró: *Andrés Eduardo Vega Arguello*
Abogado de Apoyo Oficina Asesora Jurídica ESE HUS – (Gestión Integral)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Señores
Hospital Universitario de Santander Gerencia
E. S. D.

Asunto: Invitación a presentar propuesta. OBJETO: _

Señor Gerente:

El suscrito,_____mayor de edad, domiciliado en_____, con Cédula deCiudadanía Nº. expedida en_____, en mi condición de Representante Legal de la firma_____y en atención al proceso de la referencia, presento propuesta para que sea evaluada por la entidad.

Así mismo declaro que:

Conozco las condiciones de la Invitación, todos los requisitos en ellos establecidos y todos los documentos relacionados con el proceso, los cuales acepto en todas y cada una de sus partes.

En caso de resultar favorecido con la adjudicación, me comprometo a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar las garantías exigidas dentro de los plazos, por los valores y por las vigencias establecidas en los documentos del proceso de selección.

Manifiesto que no existe respecto del proponente, de sus asociados, o de su Representante Legal, incapacidades o causales de inhabilidad o de incompatibilidad alguna que de acuerdo con las normas vigentes pudiera impedir o viciar la presentación de nuestra oferta, o la firma del contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación. Esta afirmación la hago bajo la gravedad del juramento.

Ninguna persona natural o jurídica diferente del proponente tiene interés en la propuesta que ahora presento, ni en el contrato que como consecuencia de su evaluación y eventual adjudicación pudiera llegar a celebrarse y que en consecuencia sólo compromete y obliga a los firmantes.

A la fecha he recibido las siguientes multas y sanciones mediante acto administrativo expedido y debidamente ejecutoriado durante los últimos 2 años, contados a partir del cierre del presente proceso de contratación (Relacionar las multas y sanciones que le han sido impuestas)

En caso de resultar favorecido con la adjudicación, me obligo a efectuar el contrato dentro del término establecido para el efecto en el pliego de condiciones, una vez perfeccionado, a cumplir el programa de entrega contenido en la propuesta presentada y a dar cumplimiento total de las obligaciones contraídas como consecuencia de la firma del contrato.

En caso de resultar favorecido con la adjudicación, me obligo a prestar el servicio y recurso humano requerido a los precios unitarios incluidos en la propuesta, sin que tales precios sufran modificación alguna por cambios en las cantidades de personal o equipos necesarios y solicitados por la entidad contratante.

En caso de resultar favorecido con la adjudicación me obligo a aceptar la supervisión técnica y administrativa en cabeza del Hospital Universitario de Santander o de quien éste determine.

La propuesta que ahora someto a su consideración tiene una validez de_____() meses contados desde la fecha de cierre del presente proceso de contratación directa. No obstante, si la eventual adjudicación se me comunicare con posterioridad a esa fecha y yo aceptare suscribir el contrato, éste hecho será interpretado como prórroga del término de la validez de la propuesta.Conozco todos los gravámenes legales que afectan el eventual contrato que me fuere adjudicado. -

AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN VÍA ELECTRÓNICA: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 56 del CPACA (Ley 1437-2011) se autoriza a la ESE HUS para realizar la notificación de actos administrativos vía electrónica: Para el efecto autorizamos las notificaciones en el siguiente correo electrónico: _____

Para todos los efectos informo a ustedes que la dirección a la cual nos pueden enviar correspondencia relacionada con el presente proceso de contratación, es la siguiente:

NOMBRE DEL PROPONENTE -_____

NIT o CC. -_____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL _____

CC. -_____

DIRECCION -_____

TELEFONO Y FAX -_____

CIUDAD -_____

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO 2
PROPUESTA ECONÓMICA

OBJETO: "SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS"

PLAZO: A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización de contrato.

La propuesta económica deberá presentarse discriminada en el siguiente cuadro:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	ETIQUETA REENVASE DE SOLUCIONES. Formato en papel adhesivo de 9,5x4,5 impresa a una sola cara a una tinta. (Unidad).	1			
2	ETIQUETA DILUCION DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1			
3	TARJETA DE MEDICAMENTOS Descripción: formato en papel Bond de 115 gramos de 22 x 17 cm, impresa por ambas caras, a una tinta. (Unidad).	1			
4	ETIQUETA FRASCO, JERINGA Y BURETROL.Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1			
5	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO DE URGENCIAS O CIRUGUIA PROGRAMADO. Descripción: Formato en papel Periódico en forma de cuadernillo tamaño carta de 3 caras impreso a una tinta. (Unidad).	1			
6	ETIQUETA MUESTRAS DE PATOLOGIA. Descripción: formato en papel adhesivo de 8 cms x 8 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1			
7	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO . Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
8	ETIQUETA MUESTRAS PARA AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Descripción: formato en papel adhesivo de 11.5 cms x 7cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1			
9	FORMATO PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA ADULTOS / PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
11	ETIQUETA DE BIOLÓGICOS. Descripción: formato en papel adhesivo de 10 cms x 4.5 cm, impresa a una sola cara, a una tinta. (Unidad).	1			
12	FORMATO DE ENCUESTAS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1			
13	FORMATO DE ENCUESTAS Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, 4 caras, a una tinta. En forma de Cuadernillo Unidad (1)	1			
14	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO ADULTO/PEDIATRIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
15	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO SALA DE PATOS.. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
16	FORMATO REGISTRO DE DATOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PARA LA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO UNIDAD NEONATAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
17	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño oficio, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
18	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / REGIONAL. Descripción: Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
19	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PREVENCION DE CAIDAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta.Unidad (1)	1			
20	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (SABANAS). Descripción: Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 6 caras a una tinta. Unidad (1).	1			
21	REGISTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO (SABANAS). Descripción: formato en papel periódico Tamaño Oficio, impresa por ambas caras, en forma de cuadernillo impreso a 4 caras a una tinta. Unidad (1).	1			
22	FORMATO ACOGIDA A PERSONAS ENFERMAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
23	FORMATO EGRESO DE LA PERSONA ENFERMA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
24	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA PROCESO QUIRURGICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa por ambas caras, a una tinta. Unidad (1)	1			
25	FORMATO REGISTRO ANESTESICO. Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 1 cara, a una tinta. Unidad (1).	1			
26	FORMATO DE ORDEN MEDICA. Descripción: formato en papel periódico tamaño 21 cms de largo x 9 cms de ancho, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1)	1			
27	FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS A ESTERILIZAR. Descripción: formato en papel periódico tamaño media carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1			
28	FORMATO DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1			

29	FORMATO AUTOEXCLUSION. Descripción: Formato en papel periódico media carta impresa a una cara, a una tinta. Unidad.	1				
30	FORMATO SOLICITUD DE TURNO PARA ANESTESIA- CIRUGUIA. Descripción: formato en papel periódico media carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1)	1				
31	FORMATO LISTA DE CHEQUEO TAMIZAJE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
32	FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
33	FORMATO CONTROL DE ADMINISTRACION DE INSUMOS BIOMEDICOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
34	FORMATO HOJA DE RECUPERACION. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
35	FORMATO HOJA DE GESTOS ELECTROCARDIOGRAMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
36	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
37	FORMATO PROTOCOLO SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – SIDA.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
38	FORMATO SOLICITUD DE SALIDA VOLUNTARIA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una, a una tinta. Unidad (1).	1				
39	FORMATO TRASLADO EXTRAINSITITUCIONAL DE LA PERSONA ENFERMA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
40	FORMATO CERTIFICADO ENTREGA Y RECONOCIMIENTO DE CADAVERES A FAMILIARES Y FUNERARIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
41	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGUIA SEGURA. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
42	FORMATO RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA DESPUES DE DONAR SANGRE. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
43	FORMATO SOCIALIZACION A USUARIOS Y/O FAMILIAS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
44	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN E LA VACUNA CONTRA EL SARS – COV2/ COVID – 19. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
45	FORMATO REGISTRO JUSTIFICACIÓN MEDICAMENTO SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
46	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARTO SEGURO.Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
47	FORMATO CONTROL DE GLUCOMETRIAS PACIENTE DIABÉTICO. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
48	FORMATO HOJA DE LABORATORIOS. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
49	FORMATO MONITOREO FETAL. Descripción: formato en papel periódico tamaño carta, impresa a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA ROPA DE MAYO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
51	ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
52	FORMATO DE TRASLADOS CENTRAL DE CAMILLEROS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
53	FORMATO PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UNIDAD NEONATAL. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
54	FORMATO REGISTRO DIARIO DE VACUNACION. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
55	FORMATO PRESTAMOS DE EQUIPOS BIOMEDICOOS. Descripcion: formato en papel periodico, tamaño oficio impreso a una cara, a una tinta. (Unidad)	1				
56	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTRAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
57	TALONARIOS DE HOJAS DE GASTOS DE CIRUGIA: Descripción: Tamaño de 25 cm de ancho x 42,5 cm de largo en papel químico numerado; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario	1				
58	TALONARIOS DE HOJAS GASTO DE SUTURA: Tamaño de 22,5 cm de ancho x 33 cm de largo en papel químico numerado original y tres copias; talonario compuesto por 50 hojas originales, 50 hojas 1 copia, 50 hojas 2 copia, total de hojas 150 por talonario.	1				
59	ESQUEMA DE TRATAMIENTO – ONCOLOGIA –Descripción: Formato en papel Bond 90 gramos, tamaño Oficio impreso a 4 caras, a una tinta, EN FORMA DE CUADERNILLO. Unidad (1).	1				
60	FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				
61	FORMATO DE REVISION Y CONTROL DIARIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a dos caras, a una tinta. Unidad (1).	1				
62	FORMATO VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1				

63	FORMATO TRAZABILIDAD EN LA RECEPCION DE MUESTAS TOMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA PATOLOGIA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad (1).	1			
64	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta. Unidad.	1			
65	FORMATO CONTROL DE HUMEDAD RELATIVA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1			
66	RECIEN NACIDO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño carta impreso a 2 caras, a una tinta. Unidad.	1			
67	CHUSPAS INSTITUCIONALES. Descripción: carpeta tamaño oficio, en cartón impresa con logo institucional incluye gancho plástico resistente para 100 hojas. (Unidad).	1			
68	SOBRE EN CARTULINA COLOR VERDE PARA UNIDAD DE ONCOLOGÍA, DE 25 CMS LARGO X 17.5 CMS DE ANCHO, Impreso a una tinta, a una sola cara. Unidad.	1			
69	CARPETAS HISTORIA CLINICA . Carpeta tamaño oficio impresa con logo institucional incluye gancho plástico, acorde a las especificaciones dadas por Estadística.	1			
70	HOJA DE ADHESIVOS DE BOLA. Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en círculos para sello de sobres	1			
71	HOJA DE ADHESIVOS DE COLORES EN CUADROS.Descripción: hoja adhesiva de colores troquelada en cuadros de 2cm y medio x 1.cm y medio en colores rojo, lila, amarillo, verde.	1			
72	FORMATO CONTROL DE ENTREGA. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad	1			
73	FORMATO DE MONITOREO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Carta impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1			
74	FORMATO DE REGISTRO Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta Unidad.	1			
75	FORMATO LISTA DE CHEQUEO. Descripción: Formato en papel periódico, tamaño Oficio impreso a una cara, a una tinta, Unidad.	1			
76	CARTILLA EN OPALINA LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND. Descripción: En papel opalina la portada y reverso, tamaño media carta, grapada al caballete, con 100 páginas de contenido en bond, impresas a full color a dos caras. Unidad.	1			
77	CARTILLA EN PROPALCOTE Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1			
78	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND Descripción: En papel Propalcote., tamaño carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1			
79	CARTILLA EN OPALINA Descripción: En papel opalina, tamaño media carta, grapada al caballete, hasta 60 páginas impresas a una tinta por una cara incluyendo portada. Unidad (1)	1			
80	CARNÉT. Descripción: En BOND 115 GRS. Medidas: 6,4 cm de alto x 10 de ancho cm a full color por ambas caras. Unidad (1).	1			
81	CARNÉT DE VACUNACION MI VACUNA. Descripción: En Bond 115 grs, Medidas: 19.5 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1			
82	CARNET DE ESQUEMAS DE VACUNACION PARA NIÑOS. Descripción: Carnet tipo plegable en 3 cuerpos impreso por ambas caras a una sola tinta tamaño hoja: 35 cms de largo x 21.7 cms de alto, en cartulina bristol, según modelo dado por la ESE HUS.	1			
83	CARNÉT CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO. Descripción: En cartulina bristol. Medidas: 20 cms de largo x 7 cms de ancho a una tinta por una cara. Unidad (1)	1			
84	VOLANTES A UNA TINTA. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta una tinta. Unidad (1)	1			
85	VOLANTES A FULL COLOR. Descripción: En papel Bond, tamaño media carta a full color. Unidad (1)	1			
86	PLEGABLES. Descripción: En papel Propalcote, tamaño carta a 2 o 3 cuerpos. A full Color. Unidad (1)	1			
87	MATERIAL DIDÁCTICO EN OPALINA Descripción: En Opalina, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1			
88	MATERIAL DIDÁCTICO EN BOND 75 GRAMOS Descripción: En Bond 75 gramos, tamaño carta a full color por dos caras. Unidad (1)	1			
89	AFICHES Descripción: En papel Propalcote de 150 gr. Medidas: de 50 cm*35 cm. Unidad (1)	1			
90	MATERIAL DIDACTICO EN PROPALCOTE 150 GRS. Descripción: En papel Propalcote 150 gr. Medidas de 21,5 cm x 15,5 cm, grapado en caballete de 30 a 50 páginas a full color por ambas caras, incluyendo portada. Unidad (1)	1			

91	LIBRETA TIPO CONGRESO Descripción: Tipo congreso, tamaño media carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1			
92	BOTÓN CON PIN METÁLICO Descripción: Medida de 2,5 cm diámetro, con resina brillante según muestra. Unidad (1)	1			
93	LIBRETA TIPO CUADERNO Descripción: Tipo cuademo, tamaño carta, con argollado doble O, pastas impresas a full color en propalcote grueso, con 60 hojas a una tinta por las dos caras en bond. Unidad (1)	1			
94	BOTÓN CON PIN METÁLICO SIN RESINA Descripción: Medida de 5,5 cm diámetro con gancho. Unidad (1)	1			
95	TACOS DE PAPEL BOND. . Descripción: Tacos de papel bond, 13 cms de alto x 11 cms de ancho, impresos con el logo del HUS, a una tinta, pegados estilo talonario. Unidad	1			
96	CINTAS PARA PORTAR EL CARNET Descripción: Cinta Estampada con Logo HUS – Color Azul. Unidad (1). Según muestra.	1			
97	PORTA CARNET Descripción: Porta Carnet en plástico de Color Azul Estampado en la parte posterior con logo HUS. Unidad (1).	1			
98	LAPICERO. Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Unidad (1)	1			
99	LLAVERO Descripción: con Logos HUS – Acreditación. Tamaño 9 cm x 3.5 cm en PVC y con cordón. Unidad (1)	1			
100	PENDONES. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 0.80 mt, con perfiles metálicos. A full color. Unidad (1)	1			
101	CARTELERAS EN MDF. Descripción: Carteleras en MDF de 1,5 mt. x 2 mt impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1)	1			
102	PENDONES TIPO ARAÑA. Descripción: En Lona banner de 1.5 mt x 1 mt, con perfiles metálicos. A full color, con bases en plástico tipo Araña. Unidad (1)	1			
103	PLACAS METALIZADAS PARA INVENTARIOS DE ACTIVOS. Descripción: placas en papel adhesivo metalizado, de 3.5 cms de alto x 6 cms de largo, a una tinta que no se borre y que el adhesivo sea duradero y de buena adherencia a toda superficie, con logo del HUS, numeradas y con código de barras. Unidad.	1			
104	CARTELERAS TIPO AVISO EN POLIESTIRENO Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 1,0 mt. x 0.5 mts impreso en vinilo adhesivo a full color y laminado. Unidad (1) Según las necesidades de la ESE HUS.	1			
105	AVISO EN POLIESTIRENO DE 30 CMS X 20 CMS Descripción: Carteleras en Poliestireno con Vinilo adhesivo de 30 CMS x 20 CMS impreso a full color y laminado con cinta adhesiva doble faz en el reverso. Unidad (1), Según las necesidades de la ESE HUS.	1			
106	CARTILLA EN PROPALCOTE LA PORTADA Y EL REVERSO Y CONTENIDO EN BOND MEDIA CARTA Descripción: En papel Propalcote., tamaño Media Carta, grapada al caballete, hasta 100 páginas impresas a full color por ambas caras incluyendo portada. Unidad (1).	1			

VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA: $

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.

ANEXO 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha Señores ESE HUS Ciudad

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO_____- OBJETO -[_____(INSERTAR INFORMACIÓN]

El (los) suscrito (s)....., (miembros, socios de la sociedad /unión temporal / consorcio) .....

representado (s) por_____en calidad de_____domiciliado (s) en....., identificados con_,

quien (es) en adelante se llamará colectivamente el Proponente, manifiesto (manifestamos) la voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCION teniendo en cuenta las siguientes

CONSIDERACIONES:

1.) Que la ESE HUS, convocó el proceso No._____, con el objeto de: _____

_____.

2.) Que es de interés del PROPONENTE apoyar la acción del Estado Colombiano y de la ESE HUS, en el implemento de mecanismos y normas para el fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y en la lucha contra la corrupción. 3.) Que el PROPONENTE tiene interés en el presente proceso contractual referido en el primer considerando, y se encuentra dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso, y en tal sentido suscribe el presente documento unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes:

CLAUSULAS:

CLAUSULA PRIMERA: El proponente apoyará la acción del Estado Colombiano y de la ESE HUS, para fortalecer la transparencia y la responsabilidad de rendir cuentas, y en este contexto deberá asumir explícitamente los siguientes compromisos, sin perjuicio de su obligación de cumplir la Constitución Política y la Ley, así:

1. El proponente se compromete 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, contratistasotercero.
2. El proponente se compromete a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
3. El proponente se compromete a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
4. El proponente se compromete 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.
5. El proponente se compromete a ceder el contrato si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, previa autorización escrita de la ESE HUS, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9°.de la Ley 80 de 1993.
6. El proponente se compromete a desarrollar todas sus actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.
7. El proponente se compromete a suministrar al HUS, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tenerconocimiento.
8. El proponente se compromete a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en el Pliego de Condiciones de la referencia y en el contrato.
9. El proponente se compromete a desarrollar todas las actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.

CLAUSULA SEGUNDA: El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la invitación, si se comprobare, de la manera prevista en los mismos, el incumplimiento de los compromisos en materia de anticorrupción. En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de los compromisos unilaterales previstos en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de _____el día_____del mes de_____de 201 .

_____

Firma de (los) representante (s) legal (es) del proponente Nombre C.C No

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ANEXO 4.
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El (los) suscrito (s) a saber:, (nombre del representante legal de la entidad proponente) identificado con la cédula de ciudadanía No. , expedida en_____, quien obra en calidad representante legal, quien en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso dentro del proceso No._teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. *Que es interés y expresa voluntad del proponente apoyar la acción de la ESE HUS para fortalecer la transparencia en las modalidades de selección, mediante el cual se escoge al contratista, y la responsabilidad de rendir cuentas.*

2. *Que es mi interés en calidad de proponente participar en el presente proceso de contratación precitado, así mismo, manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidades e incompatibilidad previstas en los artículos 8°, 9° y 10° de la Ley 80 de 1993, en especial en el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y artículo 90 de la Ley 1474 de 2011 y en las demás normas que la modifiquen o adicionen, en cuanto sean pertinentes.*

Por lo anterior CERTIFICO no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades con la sola presentación de la propuesta. La presente certificación se expide_a los _____(_____), días del mes de _____, del año 201, para efectos del proceso N°_____, y para los fines de la celebración del contrato si a este hay lugar.. El proponente

FIRMA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE O RAZON SOCIAL
NIT OC.C.
CIUDAD:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:
CELULAR:
TELEFAX:
E-MAIl:

ANEXO 5.
MEJOR AÑO FISCAL

El (los) suscrito (s) a saber:_____, (nombre del representante legal de la entidad proponente) identificado con la cédula de ciudadanía No. , expedida en_, quien obra en calidad representante legal de la empresa_____, quien en adelante se denominará EL PROPONENTE, solicitamos que para efectos de evaluar los requisitos habilitantes de orden financiero, se tenga en cuenta como mejor año fiscal de la empresa la vigencia _____, lo anterior en cumplimiento de los dispuesto en el decreto 579 del 31 de mayo de 2021.

La anterior, se firma a los _____ dias del mes de _____ del año _____

_____
Firma del Representante Legal.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 1
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de diligenciamiento DD / MM / AA	Ciudad	Tipo de Solicitud ☐ Vinculación ☐ Actualización

1.INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
Género F. ☐ M. ☐	Tipo de Documento C.C. ☐ NIT. ☐ C.E. ☐ Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐ Otro ¿Cuál? _____ Número:	
Fecha de expedición: DD / MM / AA	Lugar de expedición:	Fecha de nacimiento: DD / MM / AA

Nombre o razón social	NIT	DIV
Actividad económica (CIIU Código):		

Teléfono móvil:	Teléfono fijo:	Dirección de residencia:	Dirección of:
Ciudad	Departamento		Empresa donde labora
Dirección oficina	Teléfono		Email
Ciudad de la empresa	Tipo de Empresa ☐ Pública ☐Privada ☐ Mixta Otro ¿Cuál?		

Ingresos mensuales pesos:	Activos (pesos):
Egresos mensuales pesos:	Pasivos (pesos):
Otros ingresos mensuales pesos:	Patrimonio (pesos):

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más de 10% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación:

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

1. **Persona natural y / o Jurídica**

Actividad Económica: ☐ Asalariado ☐ Socio ☐ Independiente ☐ Hogar ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

Régimen: Común ☐ Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐ No responsable ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐

(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:) OTRO _____

Declarante de renta: Si ☐ No ☐

3. PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (Persona Natural y/o Persona Jurídica)-Valores en Pesos

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si ☐ No	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ Si ☐ No	
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si ☐ No	Indique:	¿Es servidor público? ☐ Si ☐ No
¿Tiene usted la condición de personas expuesta políticamente? (D.1674/16? ☐ Si ☐ No	Indique: Cargo	Fecha Inicio / Fecha Fin
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? ☐ Si ☐ No	Indique: Nombre	Cargo

¿Es usted representante legal de una organización internacional? ☐ Si ☐ No Indique:

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 1
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? ☐ Si ☐ No Indique:

Tipo ID	Número ID	Razón Social o nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general?	¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique cual(es)?
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad profesión u oficio del suscrito (persona o compañía) es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a la ESE HUS en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: _____ y provienen del siguiente país:_____

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ Si
☐ No ¿Cuáles?
☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuáles?

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si ☐ No

¿Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ Si ☐ No En caso positivo descríbalo a continuación

Tipo de producto	Identificación o número de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. En Todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del representante legal y original o fotocopia del RUT y certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a treinta (30) días.
2. En caso de ser apoderado, adjuntar el poder.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 1
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

3. Declaración de renta del último año.

La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

7. DECLARACIONES

PROTECCIÓN DE DATOS FINANCIEROS Y PERSONALES: Con la suscripción de este documento, autorizo al _____, 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, adicionen o modifiquen. 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).

_____

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

VERIFICACIÓN

Hora:	Hora:	Hora:
Nombre del Funcionario Responsable:		
Tipo de Documento	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐	
No. De Documento		
Firma:		
Cargo:		

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas
Si ☐ No ☐

8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

_____
Firma

Huella

9. OBSERVACIONES

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 1
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____

Área: _____

Fecha: DD / MM / AA Hora: _____

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 1
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la E.S.E HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Elaborado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
1	Diciembre de 2017	Emisión del formato	-	-	-
2	Diciembre de 2021	Actualización de acuerdo a los lineamientos institucionales y a la normatividad vigente.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado Jorge Manuel Durán Jaimes Contratista	John Mauricio Robles Ramírez Subgerente Administrativo y Financiero	Edgar Julián Niño Carrillo Gestión Directiva

Gmail **Andres Eduardo Vega Arguello <vegaandres.4096@gmail.com>**

INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

1 mensaje

Gerencia E.S.E. Hospital Universitario de Santander <gerencia@hus.gov.co> 14 de julio de 2022, 17:54
Para: edicionesimpro2@gmail.com
Cco: vegaandres.4096@gmail.com

Bucaramanga, 14 de julio de 2022

Señor(es):
EDICIONES IMPRO
Calle 39 No. 19 - 44 Bucaramanga - Santander
3016052315
edicionesimpro2@gmail.com

Cordial Saludo,

ME PERMITO ENVIAR ADJUNTO INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA QUE TIENE POR OBJETO: **"SUMINISTRO DE MATERIAL LITOGRÁFICO PARA LA ESE HUS"**, LA CUAL DEBERÁ CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DESCRITAS EN LA INVITACIÓN. EL RECIBO DE LAS OFERTAS SE REALIZARÁ HASTA EL DÍA QUINCE (15) DE JULIO DE DOS MIL VEINTIDÓS (2022) A LAS DOCE DEL MEDIO DÍA (12:00 MD), EN LA OFICINA DE LA GERENCIA DE LA ESE HUS, UBICADA EN LA CALLE 31 No. 31 -50 PISO TRES - BUCARAMANGA, O EN LA CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO ADSCRITA A LA ENTIDAD gerencia@hus.gov.co.

LA PROPUESTA JUNTO CON TODOS LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS EN LA PRESENTE INVITACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

Atentamente,

LILIANA ANDREA ALFARO VILLAMIZAR
Profesional Universitario
E.S.E Hospital Universitario de Santander
Dirección: Calle 31 No.31-50

FORMATOS LITOGRAFIA 2 - 2022.zip

"CONFIDENCIAL – HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (ESEHUS), La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona u organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibido y será sancionado por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenvíelo de vuelta y borre el mensaje recibido inmediatamente".

---

8 adjuntos

- **03. Anexo 1 - Esrudios del Sector.pdf**
  473K
- **05. ANEXO - MATRIZ DE RIESGOS.pdf**
  73K
- **06. ANEXO MACROPROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN.pdf**
  79K
- **07. Invitación.pdf**
  931K
- **04. ANEXO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACION DE LA ESE HUS.pdf**
  63K
- **01. ESTUDIOS PREVIOS - Litografia.pdf**
  638K
- **02. Estudios del Sector.pdf**
  556K
- **8. GDR-GDR-FO-06 FORMATO FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO (6).rtf**
  507K