



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



CONVOCATORIA PÚBLICA MINIMA CUANTÍA 03 DE 2018

EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE está interesado en recibir ofertas para la selección de la propuesta más favorable que satisfaga las necesidades de la Entidad, previa verificación de los requisitos habilitantes bajo la modalidad de mínima cuantía, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y los artículos 84 y 85 del Decreto 1510 del 17 de julio de 2013.

OBJETO	SUMINISTRAR DISPOSITIVOS Y MATERIALES PARA GARANTIZAR EL SUMINISTRO SEGURO DE OXIGENO MEDICINAL PARA UNA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.Y EN LAS UBA'S DE PAJARITO Y BUSBANZA.
ENTIDAD	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.
TIPO DE PROCEDIMIENTO	MODALIDAD DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL CAPÍTULO V DEL DECRETO 1510 DEL 17 DE JULIO 2013.
CLASE DE CONTRATO	EL CONTRATO A CELEBRAR ES CONTRATO DE SUMINISTRO, EL CUAL SE REGISTRARÁ POR LAS NORMAS CIVILES Y COMERCIALES SOBRE LA MATERIA Y POR LA LEY 80 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS.
INVITACIÓN PÚBLICA CAPITULO V DEL DECRETO 1510 DE 2013: LA PRESENTE INVITACIÓN SE CIÑE A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 85 DEL DECRETO 1510 DE 2013 Y DEBERÁ INCLUIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:	
OBJETO	OBJETO DE LA CONVOCATORIA: SUMINISTRAR DISPOSITIVOS Y MATERIALES PARA GARANTIZAR EL SUMINISTRO SEGURO DE OXIGENO MEDICINAL PARA UNA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.Y EN LAS UBA'S DE PAJARITO Y BUSBANZA.
VALOR	CUARENTA Y TRES MILLONES DE PESOS MCTE (\$43.000.000), incluido IVA.
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO MAXIMO DEL CONTRATO SERA DE TREINTA (30) DIAS A PARTIR DE LA LEGALIZACION DEL CONTRATO Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO Y/O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO DEL CONTRATO, LO QUE OCURRA PRIMERO.
FORMA DE PAGO	El valor del contrato sera por CUARENTA Y TRES MILLONES DE PESOS MCTE (\$43.000.000), incluido IVA. El HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. reconocerá y cancelará al CONTRATISTA el valor correspondiente de los productos solicitados y efectivamente recibidos por el Hospital, en cumplimiento con el objeto del contrato, dentro de los SESENTA



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



	<p>(60) días siguientes a la radicación de las facturas con el cumplimiento de las normas legales vigentes, previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, el correspondiente ingreso a almacén y presentación de certificación del revisor fiscal y/o Representante Legal, donde conste los pagos de seguridad social y parafiscales oportunamente al igual que la presentación de los soportes de pago al Sistema de Seguridad Social (salud, pensión y riesgos profesionales) y aportes parafiscales. Los aportes de seguridad social, parafiscales y pagos salariales deberán estar acordes a lo contemplado en la normatividad vigente. El Hospital no aceptara solicitudes de pago de anticipos.</p> <p>El Hospital pagará hasta el monto contratado y según la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor designado.</p> <p>El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., se reservará el derecho de pago de la última factura del contrato en vigencia hasta que no se presente la correspondiente acta de liquidación, que es trámite inherente de las obligaciones del contratista y que se rige por lo estipulado en el Acuerdo 03 de 2014 y la Ley.</p>
<p>GARANTÍAS DE AMPARO ESTABLECIDAS PARA EL CONTRATO</p>	<p>El contratista deberá constituir a su costa y a favor del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE, una garantía de cumplimiento, en los términos señalados en el Decreto 1510 de 2013 Art.118 para amparar el cumplimiento de las obligaciones legales y las surgidas en el contrato, la cual se mantendrá vigente durante el plazo de la ejecución del contrato y liquidación del mismo y se ajustará a los límites, existencia y extensión de los siguientes amparos:</p> <ul style="list-style-type: none">• CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: Por un monto equivalente Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, Igual al plazo de ejecución del contrato y tres (3) meses más.• CALIDAD DEL SERVICIO: Por un monto equivalente al Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y con una vigencia igual al término de ejecución del contrato y tres (03) meses más.
<p>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</p>	<p>Características Técnicas:</p>



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



ITEM	ARTICULO	CANTIDAD A COTIZAR
1	REGULADOR TIPO DIAL PARA CILINDRO DE 6M3 DE AIRE MEDICINAL CGA 590	2
2	REGULADOR TIPO DIAL PARA CILINDRO DE 6M3 DE OXIGENO MEDICINAL CGA 540 ADULTO	6
3	REGULADOR TIPO DIAL PARA CILINDRO DE 6M3 DE OXIGENO MEDICINAL CGA 540 NEONATAL	2
4	REGULADOR TIPO DIAL PARA CILINDRO DE 6M3 DE OXIGENO MEDICINAL CGA 540 PEDIATRICO	2
5	REGULADOR TIPO YUGO PARA CILINDRO PORTATIL DE OXIGENO MEDICINAL 1M3 CGA 870	7
6	REGULADOR TIPO YUGO PARA CILINDRO PORTATIL DE OXIGENO MEDICINAL 1M3 CGA 870 NEONATAL	1
7	REGULADOR TIPO YUGO PARA CILINDRO PORTATIL DE OXIGENO MEDICINAL 1M3 CGA 870 PEDIATRICO	2
8	FLUJOMETRO DOBLE PEDIATRICO DE 0-5 LPM ACOPLE CHEMETRON	10
9	FLUJOMETRO DOBLE ADULTO DE 0-15 LPM ACOPLE CHEMETRON	10
10	FLUJOMETRO SENCILLO NEONATAL DE 0-1 LPM CON ACOPLE CHEMETRON	8
11	FLUJOMETRO SENCILLO ADULTO DE 0-15 LPM CON ACOPLE CHEMETRON	30
12	FLUJOMETRO SENCILLO PEDIATRICO DE 0-5 LPM CON ACOPLE CHEMETRON	15
13	ACOPLE CHEMETRO PARA FLUJOMETRO	25
IMPUESTOS, TASAS O		



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



CONTRIBUCIONES	IMPUESTOS, TASAS O CONTRIBUCIONES <p>El proponente deberá tener en cuenta que los impuestos, tasas y contribuciones aplicables, así como la base económica sobre la cual se debe liquidar teniendo en cuenta la siguiente normatividad:</p> <p>Impuesto de Industria y comercio El valor del Impuesto de Industria y Comercio (ICA), será aplicado según el Acuerdo 032 del 2016 (“por medio del cual se adopta el Estatuto de Rentas del municipio de Sogamoso y se establecen otras disposiciones”), el cuál regirá a partir del primero (1) de enero de 2017.</p> <p>Retención en la Fuente en el impuesto sobre las ventas: la retención será equivalente al quince por ciento (15%) del valor del impuesto.</p> <p>La tarifa de Retención en la fuente a título de renta: se efectuará de acuerdo al Estatuto Tributario Nacional.</p> <p>Otras Contribuciones:</p> <p>De conformidad con lo establecido en la Ordenanza No. 030 de 2017 Estatuto de Rentas del Departamento de Boyacá al CONTRATISTA se le descontará directamente de cada cuenta de pago del respectivo contrato, el dos por ciento 2% del valor del contrato según la base gravable, con destino a la estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor. En todo caso, el valor total a pagar por la estampilla, será el causado sin importar que el contrato se ejecute o no en su totalidad, en caso de liquidación anticipada. 1). El valor correspondiente al 3X1000 del valor del contrato, correspondiente a la estampilla Pro Seguridad Social valor que se descontará en el momento de los pagos por parte del Hospital (Artículo 258). 2). El valor correspondiente al 3% del valor del contrato, con destino al deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, valor que se descontará en el momento de los pagos por parte del Hospital (Artículo 274). 3). El valor del Impuesto de Industria y Comercio (ICA), será aplicado según el Acuerdo 032 del 2016 (“por medio del cual se adopta el Estatuto de Rentas del municipio de Sogamoso y se establecen otras disposiciones”), el cuál regirá a partir del primero (1) de enero de 2017.</p>
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	<p>En desarrollo del objeto contractual, además de las condiciones del servicio, especificaciones esenciales y requerimientos de calidad, el Contratista se obliga a:</p> <p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA</p> <p>a) Entregar el objeto del contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas por el Hospital en cuanto a calidad, garantía y precio. adjuntando</p>



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



- las fichas técnicas certificadas por el fabricante de cada uno de los dispositivos
- b) Entregar el objeto del contrato en óptimas condiciones de calidad y funcionamiento.
 - c) Dar cumplimiento al objeto del contrato de acuerdo con cada una de las partes estipuladas en él.
 - d) Entregar el objeto del contrato en óptimas condiciones de calidad.
 - e) Atender las sugerencias presentadas por el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Sogamoso o su delegado.
 - f) Obrar con lealtad y buena fe en cada una de las etapas contractuales, evitando dilataciones y entramientos.
 - g) Informar sobre el desarrollo del contrato.
 - h) Garantizar la calidad de los elementos o equipos solicitados.
 - i) Cumplir con los aportes a la seguridad social y parafiscales conforme a lo ordenado por las disposiciones legales vigentes y presentar los soportes de pago para la cancelación de las facturas.
 - j) Constituir la Garantía única.
 - k) Legalizar el contrato máximo dentro de los tres días siguientes después de la suscripción.
 - l) Las demás que hayan sido ofertadas en la propuesta presentada por el CONTRATISTA dentro del proceso de selección, las cuales se entenderán incorporadas al presente contrato.

OBLIGACIONES GENERALES

- a) Entregar el objeto del contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas por el Hospital en cuanto a calidad, garantía y precio.
- b) Entregar el objeto del contrato en óptimas condiciones de calidad y funcionamiento.
- c) Dar estricto cumplimiento al objeto del contrato de acuerdo con las cláusulas estipuladas en el mismo.
- d) Atender las sugerencias presentadas por el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Sogamoso o su delegado.
- e) Obrar con lealtad y buena fe en cada una de las etapas contractuales, evitando dilaciones y entramientos.
- f) Informar sobre el desarrollo del contrato.
- g) Garantizar la calidad de los elementos, artículos o equipos solicitados.
- h) Cumplir dentro del término establecido por el HOSPITAL con los requisitos exigidos para la ejecución del contrato.
- i) Cumplir con las normas legales pertinentes para el cumplimiento del objeto del contrato.
- j) Cumplir con los aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales conforme a lo ordenado por las disposiciones legales vigentes y presentar los soportes de pago para la cancelación de las facturas.
- k) Firmar el contrato en las instalaciones del Hospital o delegar un apoderado



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



	<p>para la firma y legalización del mismo.</p> <ul style="list-style-type: none">l) Constituir y entregar la Garantía única.m) Cancelar y entregar soporte de pago de la estampilla pro adulto mayor.n) Firmar la correspondiente acta de liquidación al término del contrato, como prerrequisito para la realización del último pago, por consiguiente esta acta debe ser suscrita y presentada completamente diligenciada con la factura final del contrato.o) El contratista se compromete a la firma del acta de liquidación del contrato, que es un elemento de carácter irremplazable para realizar el último pago, por consiguiente esta acta debe ser suscrita y presentada completamente diligenciada con la factura final del contrato.p) Comunicar al HOSPITAL cualquier situación que pueda interferir con el adecuado cumplimiento del objeto contractual.q) Las demás que hayan sido ofertadas en la propuesta presentada por el proponente dentro del proceso de selección, las cuales se entenderán incorporadas al contrato.
<p>CAUSALES DE RECHAZO</p>	<p>CAUSALES DE RECHAZO DE LAS PROPUESTAS Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Cuando el proponente se halle incurso en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar establecidas en la Constitución o en la Ley.b) La presentación de varias propuestas por parte del mismo proponente por sí o por interpuesta persona, o la participación de una misma persona en más de una propuesta.c) Cuando la propuesta sea presentada por personas jurídicamente incapaces para obligarse.d) Cuando la carta de presentación de la propuesta, se omita o se presente sin la respectiva firma, de la persona natural o del representante legal de la sociedad o de la unión temporal o consorcio.e) Cuando el Representante Legal de la sociedad o de la unión temporal o consorcio, no se encuentre debidamente autorizado para presentar la propuesta de acuerdo con los estatutos sociales.f) Cuando falte el documento de integración del Consorcio o Unión Temporal o su firma, o cuando alguno de sus miembros, tratándose de personas jurídicas no se encuentre debidamente autorizado.g) Cuando existan evidencias de que el proponente ha tratado de interferir o influenciar indebidamente en el análisis de las propuestas, o la decisión de adjudicación.h) Cuando se evidencie que la información presentada por el proponente no se ajusta a la realidad.i) Cuando la propuesta se presente en forma parcial o extemporánea, se envíe por correo, fax ó correo electrónico ó se deje en un lugar distinto al



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



	<p>indicado en ésta invitación.</p> <ul style="list-style-type: none">j) Cuando no cotice la totalidad de los ítems requeridos en las especificaciones técnicas.k) Cuando la propuesta no cumpla con los requisitos técnicos mínimos o jurídicos habilitantes.l) Cuando el (los) proponente (s) no cumpla (n) con las Especificaciones Técnicas Mínimas requeridas de acuerdo con lo establecido la presente invitación.m) Cuando sobrepase el presupuesto oficial.n) Cuando condicione su propuesta.o) Cuando el proponente no subsane la información requerida por la entidad, en la etapa evaluativa, en el término perentorio previsto. <p>CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTA LA INVITACIÓN PÚBLICA</p> <p>La invitación pública podrá declararse desierta cuando se presenten circunstancias que impidan la selección objetiva. Entre otras, serán causales para la declaratoria de desierta de la convocatoria pública, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Cuando ninguna de las propuestas se ajuste a la presente invitación.b) Por motivos o causas que impidan la selección objetiva o en general cuando las propuestas se consideren económicamente inconvenientes para EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE, o cuando la propuesta más económica sobrepase el presupuesto oficial.c) Por falta de voluntad de participación, mediante acto administrativo motivado, de acuerdo con lo señalado en la normatividad vigente sobre la materia, de conformidad con los artículos 24 numeral 7 y 25 numeral 18 de la ley 80 de 1993.
EMPATE	<p>En caso de empate del menor precio entre dos o más proponentes, tal y como lo establece El artículo 85, Numeral 6, Capítulo V del Decreto 1510 de 2013, EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE adjudicará el proceso, a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega y radicación de las mismas.</p> <p>Lo anterior será verificado con la hora de entrega plasmada en el sello impuesto por la Secretaría de Gerencia del Hospital Regional de Sogamoso</p>



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



HORARIO DE ATENCIÓN																						
CRONOGRAMA DEL PROCESO	Lunes a Viernes de 8:00 a.m a 12:30 m y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m.																					
	<table border="1"><thead><tr><th>ETAPAS DEL PROCESO</th><th>FECHA</th><th>HORA</th></tr></thead><tbody><tr><td>PUBLICACION DE LA INVITACION</td><td>5 de Junio de 2018</td><td>10:00 a.m.</td></tr><tr><td>CIERRE: PLAZO MÁXIMO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS. LUGAR: GERENCIA HOSPITAL SOGAMOSO, ubicada en la Carrera 8 No. 11 A 43 Sexto piso</td><td>6 Junio de 2018</td><td>10:00 a.m.</td></tr><tr><td>VERIFICACION DE REQUISITOS HABILITANTES Y EVALUACIÓN</td><td>7 de Junio de 2018</td><td>10:00 a.m.</td></tr><tr><td>OBSERVACIONES A LA EVALUACIÓN. CORREO ELECTRONICO: gerencia@hospitalsoyamoso.gov.co.</td><td>Hasta el 8 de Junio de 2018</td><td>10 :00 a.m.</td></tr><tr><td>RESPUESTA A OBSERVACIONES Y COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA</td><td>8 de Junio de 2018</td><td>4:00 p.m.</td></tr><tr><td>PLAZO MAXIMO PARA LA SUSCRIPCIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO</td><td>12 de Junio de 2018</td><td></td></tr></tbody></table>	ETAPAS DEL PROCESO	FECHA	HORA	PUBLICACION DE LA INVITACION	5 de Junio de 2018	10:00 a.m.	CIERRE: PLAZO MÁXIMO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS. LUGAR: GERENCIA HOSPITAL SOGAMOSO, ubicada en la Carrera 8 No. 11 A 43 Sexto piso	6 Junio de 2018	10:00 a.m.	VERIFICACION DE REQUISITOS HABILITANTES Y EVALUACIÓN	7 de Junio de 2018	10:00 a.m.	OBSERVACIONES A LA EVALUACIÓN. CORREO ELECTRONICO: gerencia@hospitalsoyamoso.gov.co.	Hasta el 8 de Junio de 2018	10 :00 a.m.	RESPUESTA A OBSERVACIONES Y COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	8 de Junio de 2018	4:00 p.m.	PLAZO MAXIMO PARA LA SUSCRIPCIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO	12 de Junio de 2018	
	ETAPAS DEL PROCESO	FECHA	HORA																			
	PUBLICACION DE LA INVITACION	5 de Junio de 2018	10:00 a.m.																			
	CIERRE: PLAZO MÁXIMO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS. LUGAR: GERENCIA HOSPITAL SOGAMOSO, ubicada en la Carrera 8 No. 11 A 43 Sexto piso	6 Junio de 2018	10:00 a.m.																			
	VERIFICACION DE REQUISITOS HABILITANTES Y EVALUACIÓN	7 de Junio de 2018	10:00 a.m.																			
	OBSERVACIONES A LA EVALUACIÓN. CORREO ELECTRONICO: gerencia@hospitalsoyamoso.gov.co.	Hasta el 8 de Junio de 2018	10 :00 a.m.																			
	RESPUESTA A OBSERVACIONES Y COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	8 de Junio de 2018	4:00 p.m.																			
PLAZO MAXIMO PARA LA SUSCRIPCIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO	12 de Junio de 2018																					
MODIFICACIONES A LA INVITACIÓN PÚBLICA	Toda modificación se hará mediante ADENDAS numeradas, las cuales formarán parte integral de la invitación pública; modificaciones que serán informadas por medio de la página web de la Entidad www.hospitalregionalsogamoso.gov.co y en el portal de contratación www.colombiacompra.gov.co .																					
LUGAR DE RECEPCIÓN DE PROPUESTAS Y RADICACIÓN	Se recibirán en la GERENCIA HOSPITAL SOGAMOSO, ubicada en la Carrera 8 No. 11 A 43 Sexto piso (Sogamoso- Boyacá). Las propuestas se presentarán en un sobre cerrado, que contendrá los documentos mínimos habilitantes exigidos en la invitación. Los documentos se presentarán legajados, completamente foliados (incluso las hojas en blanco o de presentación). Todas las páginas de la propuesta que tengan modificaciones o enmiendas, deberán ser validadas con la firma al pie de las mismas de quien suscribe la carta de presentación, de lo contrario se tendrán por no escritas.																					



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



	<p>Una vez presentada la propuesta, no se aceptará variación alguna en sus términos, ni la presentación de documentos o información adicional, lo cual no obsta para que EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE, pueda solicitar las aclaraciones que considere necesarias.</p>
REQUISITOS HABILITANTES	<p>El oferente debe acreditar su idoneidad y capacidad para ejecutar el contrato en los términos y forma que se señalan en la presente invitación, debiendo aportar los requisitos habilitantes que serán verificados por el Comité Técnico Evaluador, designado por el Gerente del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE.</p> <p>Se presentará el proponente el día que señale el cronograma, en la oficina de Gerencia del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE con un (1) sobre sellado original, que contendrá los requisitos habilitantes y ponderables, debidamente foliados y un CD que debe contener la propuesta escaneada en PDF :</p> <p>Los oferentes interesados en el suministro de dispositivos y materiales para el suministro de Oxígeno Medicinal deberán:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aportar Carta de presentación de la propuestab) Aportar propuesta económica, la cual deberá contener la totalidad de los ítems relacionados en las especificaciones del objeto a contratar, especificando:c) Valor unitario por cada ítemd) IVA discriminado por cada ítem (En el caso de ser contribuyentes responsables de IVA)e) Valor total de la oferta.f) Presentar Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no superior a 30 días.g) Adjuntar copia de RUT de la persona jurídica (con actividad económica ajustada al objeto a contratar)h) Adjuntar copia de RUT del representante legali) Adjuntar copia de la cedula del representante legalj) Presentar Certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional del representante legal vigente (vigencia máx. 1 mes)k) Presentar Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría del representante legal vigentes (vigencia máx. 1 mes).l) Presentar Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría de la persona jurídica vigentes (vigencia máx. 1 mes).m) Presentar Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría del representante legal vigente (vigencia máx. 1 mes)n) Presentar Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría de la persona jurídica vigente (vigencia máx. 1 mes)



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



	<ul style="list-style-type: none">o) Presentar Planilla de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral del último mesp) Presentar Certificación firmada por el representante legal y revisor fiscal (cuando sea requisito para la empresa tener Revisor Fiscal) donde se certifique que la empresa ha cumplido con los pagos a seguridad social durante seis (6) meses atrás.q) Presentar Copia de cédula del revisor fiscal (cuando sea requisito para la empresa tener Revisor Fiscal)r) Presentar Tarjeta profesional del revisor fiscal(cuando sea requisito para la empresa tener Revisor Fiscal)s) Presentar Antecedentes de la Junta Central de Contadores vigente del revisor fiscal(cuando sea requisito para la empresa tener Revisor Fiscal)t) Diligenciar y presentar Formato SARLAFT representante legalu) Diligenciar y presentar Formato SARLAFT persona jurídica (empresa).
OFERTA ÚNICA HÁBIL	Si solo se presenta una oferta, ésta se aceptará siempre y cuando satisfaga las necesidades de la entidad, y cumpla con los requisitos habilitantes exigidos en la presente Invitación
INVITACIÓN A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS	En cumplimiento del artículo 66 de la ley 80 de 1993, Ley 850 de 2003 y con fundamento en el Decreto 1510 de 2013, se convoca a las veedurías ciudadanas para que realicen el control social al presente proceso de Convocatoria Pública, buscando la eficiencia institucional y la probidad en la actuación de los funcionarios públicos. Se les invita a que participen en todas las actuaciones que se realicen durante el presente proceso.
ANEXOS	
ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	
FIRMAS AUTORIZADAS	
DOCUMENTO ORIGINAL FIRMADO JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ Gerente HRS	



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Fecha:

Señores
HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE
Ciudad

REF. : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Estimados señores:

Por medio de los documentos adjuntos me permito presentar propuesta para participar en LA INVITACION DE MÍNIMA CUANTÍA No. Mxx de 2018, para contratar la "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX".

Así mismo, en el evento de resultar favorecido con la adjudicación me comprometo a notificarme, perfeccionar el contrato, y legalizarlo dentro del plazo señalado en la invitación y ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte de la convocatoria, así como los del contrato, los precios de esta propuesta y las demás estipulaciones de la misma, en las partes aceptadas por EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE.

En mi calidad de proponente de claro:

1. Que conozco las condiciones de la convocatoria (Invitación) de referencia, sus informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con los trabajos y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos salvo las desviaciones expresamente declaradas, en el evento que sean aceptadas por EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE.

De igual forma manifiesto que acepto las consecuencias que del incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior se deriven.

2. Que en caso de que se me adjudique el contrato me comprometo a iniciar su ejecución tan pronto como EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE dé la orden de iniciación del mismo mediante la correspondiente comunicación escrita, y a terminarlo dentro de los plazos contractuales de acuerdo con lo establecido en los documentos de la invitación.
3. Que conozco y acepto las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



4. Que con la firma de la presente Carta, manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones consagradas en la Ley.
5. Que leí cuidadosamente el pliego de condiciones y elaboré mi propuesta ajustada al mismo. Por tanto, conocí y tuve las oportunidades establecidas para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.
6. Que he recibido las informaciones necesarias y suficientes a mis preguntas y respuestas.
7. IGUALMENTE DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE TODA LA INFORMACIÓN APORTADA Y CONTENIDA EN MI PROPUESTA ES VERAZ Y SUSCEPTIBLE DE COMPROBACIÓN.
8. **QUE MI PROPUESTA SE RESUME ASÍ:**

NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE: _____

Cédula de ciudadanía o Nit: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

PROFESIÓN: _____

TARJETA PROFESIONAL: _____

PAÍS DE ORIGEN DEL PROPONENTE: _____

(En caso de Consorcio o Unión Temporal, se debe indicar el nombre y país de origen de cada una de las partes que lo conforman)

VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA: \$ _____

PLAZO TOTAL PARA EJECUTAR EL CONTRATO: _____

VALIDEZ DE LA PROPUESTA: Para todos los efectos, la presente propuesta tendrá una validez de Treinta días.

RÉGIMEN TRIBUTARIO: COMUN ____ SIMPLIFICADO ____

Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré en la siguiente dirección:

Dirección: _____

Ciudad _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. : _____

NOTA:



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



Esta carta debe venir firmada por el proponente o por el representante legal debidamente facultado, en caso de personas jurídicas, Consorcios o Uniones Temporales, so pena de ser evaluada como NO CUMPLE JURÍDICAMENTE.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



Anexo No. 2

MODELO DE RESÚMEN DE LA PROPUESTA

INVITACION PROCESO No. XX DEL 201X.

OBJETO: SUMINISTRAR DISPOSITIVOS Y MATERIALES PARA GARANTIZAR EL SUMINISTRO SEGURO DE OXIGENO MEDICINAL PARA UNA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.Y EN LAS UBA'S DE PAJARITO Y BUSBANZA.

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

FAX: _____

VALOR GLOBAL DE LA PROPUESTA (En letras y números): _____ \$ ()

El suscrito, _____ representante legal certifica que los datos anteriores son ciertos y son tomados fielmente del contexto de la propuesta.

EL PROPONENTE

NOTA: El propósito del anterior resumen es el de hacer expedita la lectura pública de las ofertas en la fecha de cierre de la convocatoria. En caso de discrepancias entre esta información y la contenida en el cuerpo de la propuesta, prevalecerá esta última.



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



ANEXO No 3

MANIFESTACION DE NO SANCION

DECLARACION SOBRE MULTAS Y SANCIONES DURANTE LOS ULTIMOS CINCO (5) AÑOS

PROPONENTE: _____

TIPO OBJETO	No. CONTRAT O	ENTIDAD	VR. CONTRAT O EN PESOS (\$)	TIPO	FECHA	Vr. MULTA O SANCIÓN EN PESOS	Vr. MULTA O SANCIÓN EN SMMLV

Declaro bajo la gravedad de juramento, comprometiéndome mi responsabilidad personal y comprometiéndome la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que represento, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que represento

RAZON SOCIAL _____

NIT/ CC _____



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



ANEXO No 5

MODELO DE CERTIFICACIÓN DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL PARAFISCALES.

Señores:

Oficina de Contratación

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Sogamoso, Boyacá

El suscrito, _____certifica que _____ (NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE), se encuentra a paz y salvo con el Estado por concepto de 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 dentro de los seis (06) meses anteriores a la fecha de suscripción de la presente certificación, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos; dando así cumplimiento con las normas legales estipuladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Art. 1o de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.

Atentamente,

(Nombre de la persona natural, representante legal o revisor fiscal (en caso de requerirse) de la persona jurídica)



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



Anexo No 7

CERTIFICACION SOBRE PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DE LA TOTALIDAD DEL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS Y MATERIALES OBJETO DEL CONTRATO.

El gerente o representante legal de la empresa _____, certifica que en desarrollo de la invitación proceso de INVITACION PÚBLICA DE MINIMA CUANTIA XX DE 201X., para SUMINISTRAR DISPOSITIVOS Y MATERIALES PARA GARANTIZAR EL SUMINISTRO SEGURO DE OXIGENO MEDICINAL PARA UNA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.Y EN LAS UBA'S DE PAJARITO Y BUSBANZA, el plazo máximo de entrega del SUMINISTRO es de _____ (____) Días o meses. (Especificar).

Si se supera este tiempo, acepto las multas que se me impongan, siempre y cuando estas sean atribuibles al oferente.

La presente certificación se expide a solicitud del hospital Regional de Sogamoso a los _____ días del mes de _____ del 201X.

Representante Legal



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



ANEXO 8 - FORMATOS SARLAFT

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E		COD: M-
	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO SARLAFT		FECHA:
			VERSION: 00
FORMULARIO		FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE USUARIOS Y CLIENTES SARLAFT	
PERSONA JURIDICA			
RAZON SOCIAL	<input type="text"/>		
NIT	<input type="text"/>		
REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRES \ APELLIDOS	<input type="text"/>		
Nacionalidad	<input type="text"/>		
TIPO DE IDENTIFICACION	CC. ___ CE. ___ CARNET DIPLOMATICO ___ PASAPORTE ___ TI ___ NIT. ___ OTRO ¿ CUAL? _____		
NUMERO DE IDENTIFICACION	<input type="text"/>	SEXO	F ___ M ___
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Direccion Residencia	<input type="text"/>		
Telefono Residencia	<input type="text"/>		
Ocupacion \ Oficio \ Profesion	<input type="text"/>		
Declaracion de origen de Fondos			
Yo _____ identificado con _____			
Numero _____ expedida en _____ en cumplimiento de lo dispuesto en la			
Circular Externa 009 de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y demas normas que imparten			
instrucciones relativas al lavado de activos y financiacion del terrorismo, declaro bajo la gravedad de juramento			
que el origen de los fondos de la empresa que represento es proveniente de las siguientes actividades: _____			

¿Realiza operaciones internacionales? Si ___ NO ___ Cuales ? <input type="text"/>			
Firma Representante Legal		Huella	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha diligenciamiento:	<input type="text"/>		
Funcionario Hospital que elabora la encuesta:			
Nombre	<input type="text"/>		
Tipo de Identificación	<input type="text"/>	Numero de Identificación	<input type="text"/>



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit 891855039-9



	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E		CÓD:
	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO SARLAFT		FECHA:
			VERSION: 00
FORMULARIO	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE USUARIOS Y CLIENTES SARLAFT		
PERSONA NATURAL			
NOMBRES \ APELLIDOS	<input type="text"/>		
Nacionalidad	<input type="text"/>		
TIPO DE IDENTIFICACION	CC. ___ CE. ___ CARNET DIPLOMATICO ___ PASAPORTE ___ TI ___ NIT. ___ OTRO ¿ CUAL? _____		
NUMERO DE IDENTIFICACION	<input type="text"/>	SEXO	F ___ M ___
Fecha de Nacimiento	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Direccion Residencia	<input type="text"/>		
Telefono Residencia	<input type="text"/>		
Ocupacion \ Oficio \ Profesion	<input type="text"/>		
Declaracion de origen de Fondos			
Yo _____ identificado con _____			
Numero _____ expedida en _____ en cumplimiento de lo dispuesto en la			
Circular Externa 009 de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y demas normas que imparten			
instrucciones relativas al lavado de activos y financiacion del terrorismo, declaro bajo la gravedad de juramento			
que el origen de mis fondos es proveniente de las siguientes actividades: _____			

¿Maneja recursos públicos? SI ___ NO ___ ¿Goza de reconocimiento publico? SI ___ NO ___			
¿Ostenta algún grado de poder publico ? SI ___ NO ___			
¿Realiza operaciones internacionales? SI ___ NO ___ Cuales ?		<input type="text"/>	
Firma		Huella	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha diligenciamiento:		<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	
Funcionario Hospital que elabora la encuesta:			
Nombre		<input type="text"/>	
Tipo de identificación	<input type="checkbox"/>	Numero de identificación	<input type="text"/>