

Belén de Umbría, 10 de septiembre de 2011

### INVITACION PRIVADA DE OFERTA No. 006 - 2011

LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE BELEN DE UMBRIA, requiere para su buen funcionamiento, adquirir los siguientes servicios:

**“La E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría, Risaralda; resultó afectado por la ola invernal ocurrida en el 2010 – 2011 y requiere ejecutar recursos provenientes de Colombia Humanitaria debido a los daños estructurales ocurridos, según evaluación previa”**

En consecuencia y dando cumplimiento al Estatuto de Contratación, se solicita que su empresa en calidad de proveedor de la E.S.E., en caso de considerarlo pertinente, realice una oferta con las siguientes características:

1. La propuesta y sus documentos anexos deben redactarse en español y debe ser presentada en escrito elaborado a máquina o en cualquier medio electrónico. Los costos en que incurra el proponente para la presentación de la propuesta serán a cargo del mismo.
2. La propuesta debe ser presentada en **sobre cerrado en original y una copia, además debe venir en medio MAGNÉTICO**. El original y las copias deben estar **foliadas** en estricto orden numérico consecutivo ascendente, incluyendo en cada ejemplar los documentos requeridos en la solicitud de oferta, con índice o tabla de contenido que permitan su consulta ágil. En caso de discrepancia entre el original y la copia registrará el original.
3. Carta firmada por el proponente o por el representante legal del proponente en caso de personas jurídicas, consorcios o uniones temporales o por el apoderado constituido para tal efecto según el caso, donde manifieste su voluntad de presentar propuesta, manifestando bajo la gravedad de juramento que no tiene ningún impedimento de carácter legal para hacerlo.

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda

Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179

WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)

4. Si se presentan ofertas en consorcios o unión temporal, cada uno de sus integrantes deberá presentar individualmente los documentos que acrediten su capacidad, existencia y representación legal.
5. En la propuesta deben indicarse los precios expresados en pesos colombianos
6. No aceptará propuestas complementarias o modificatorias ni observaciones ni solicitudes de aclaraciones presentadas con posterioridad a la entrega de la propuesta.

## DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA NECESARIOS PARA COMPARACION DE OFERTAS

### DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR:

1. **Carta de presentación:** La OFERTA deberá estar acompañada de carta de presentación firmada por el OFERENTE o por el Representante Legal de la persona jurídica, Consorcio o Unión Temporal el oferente o el apoderado constituido para el efecto. **Anexo 1 “Carta de Presentación”**
2. Si el OFERENTE es una **PERSONA NATURAL O JURIDICA** deberá presentar un **Certificado de Inscripción en el Registro Mercantil** expedido por la Cámara de Comercio en donde conste la determinación de su actividad. Estos certificados deben tener fecha de expedición igual o inferior treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la propuesta.
3. **Certificación Bancaria:** El oferente deberá suministrar un certificado expedido por la entidad financiera en donde posea cuenta corriente o de ahorros, con una fecha igual o inferior a 30 días a la fecha de presentación de la oferta, a través de la cual el contratante efectuará el pago del contrato que se llegare a suscribir. Dicha certificación debe contener el número de la cuenta, clase corriente o ahorros, el nombre del titular de la misma y su número de identificación; además deberá diligenciar el **Anexo No. 2 “DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA”**.
4. **Certificación de experiencia:** El proponente deberá acreditar experiencia en contratos ejecutados con requerimientos iguales y/o similares al objeto del presente proceso en instituciones de salud. Para tal efecto deberá anexar dos (2) contratos y/o certificaciones de experiencia expedidas por el funcionario o autoridad competente de la respectiva entidad pública o privada con las que haya celebrado contratos. La experiencia mínima debe ser de veinticuatro (24) meses.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL SAN JOSE**  
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA



5. La propuesta con las características técnicas del servicio en forma expresa y propuesta económica, la cual debe contener:
  - Cotización incluyendo obras a realizar con su cantidad y valores unitario y total por actividad, al igual que valor global total de lo realizado.
6. Debe el contratista garantizar expresamente que las personas que van a prestar el servicio se encuentren afiliadas en Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales. Asimismo garantizar el pago de parafiscales.

Para ello deberá adjuntar la relación del personal donde informe los fondos a los cuales se encuentran afiliados, debidamente firmada por el Representante Legal o contador.

7. Certificación del Revisor Fiscal, contador o Representante legal de la entidad donde conste afiliación a salud, pensión y ARP del personal a cargo del contratista o de los asociados.
8. Fotocopia de Paz y salvo de parafiscales en caso de que este obligado a su pago
9. Fotocopia del RUT.
10. Original de Certificado de inscripción en registro único de proponentes.
11. Se exige que el contratista suministre a su personal todos los elementos de protección.

El comité de contratación se reserva el derecho de solicitar se subsane o aclare la presentación de algún documento, sin transgredir el principio de igualdad de todos los proponentes.

### **OBLIGATORIEDAD DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS:**

La presentación de los documentos que en estos términos se solicitan es de carácter obligatorio por considerarse como determinantes y esenciales para el análisis de las Propuestas.

### **CONDICIONES DEL CONTRATO**

#### **PLAZOS:**

#### **De la Prestación del Servicio:**

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda

Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179

WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)



El plazo de ejecución del contrato será desde EL 27 DE SEPTIEMBRE AL 26 DE OCTUBRE DE 2011. LA VIGENCIA SERA DE 4 MESE (INCLUIDO TERMINO DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO)

### **Del Contrato:**

A partir de la notificación al Adjudicatario del Contrato, el Contratista tiene un plazo improrrogable de UN (1) día hábil para suscribir el Contrato, constituir la garantía única, pagar el impuesto de timbre si es del caso y los demás que determine la Ley.

El incumplimiento por el Adjudicatario de los plazos indicados, dejará sin efecto alguno la adjudicación, y la E.S.E. Hospital San José queda en libertad de adjudicar el Contrato al segundo Proponente.

En este evento, la Entidad Estatal mediante acto administrativo debidamente motivado, podrá adjudicar el Contrato, dentro de los **QUINCE (15)** días siguientes, al Proponente calificado en el segundo lugar, siempre y cuando su Propuesta sea igualmente favorable para la Entidad.

### **CASUALES DE RECHAZO DE LAS PROPUESTAS**

Además de las determinadas por la ley, las siguientes serán causales de rechazo de las propuestas:

1. Cuando el objeto social del oferente no esté directamente relacionado con el objeto del presente proceso.
2. Cuando se presenten varias propuestas por parte del mismo proponente (por si ó por interpuesta persona).
3. Si el proponente se encuentra incurso en algunas de las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la ley.
4. Si la oferta no incluye la carta de presentación de la propuesta o cuando no presente autorización del órgano directivo competente, en el evento que el representante legal de la persona jurídica requiera de la misma para presentar oferta y suscribir contrato.
5. Si el proponente no cumple con los requisitos técnicos mínimos exigidos en el numeral 5 de los documentos de la propuesta necesarios para comparar ofertas.
6. Cuando el proponente una vez requerido por la entidad no allegue las aclaraciones y/o explicaciones solicitadas o cuando no cumpla con lo solicitado en dicho requerimiento; o cuando allegue la respuesta a los requerimientos fuera del plazo que se le fije para ello impidiendo evaluar con precisión los términos de la oferta.
7. Cuando la oferta supere el valor del presupuesto estimado para el presente proceso.
8. Cuando el proponente no cumpla con los requisitos económicos y financieros exigidos.

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbria, Risaralda

Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179

WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)

9. Cuando el OFERENTE actúe a través de un representante o apoderado y no acredite un documento legalmente expedido, que su representante o apoderado está expresamente facultado para presentar la oferta y aceptar el contrato respectivo.

### **SITIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

La prestación del servicio se realizará en la Empresa Social del Estado Hospital San José de Belén de Umbría, Risaralda, Carrera 13 No. 4-135 de Belén de Umbría, Risaralda.

### **TIPO DE CONTRATACIÓN Y FORMA DE PAGO:**

La modalidad de contratación es la de contrato civil de prestación de servicios independientes y el Contrato será remunerado de acuerdo a los servicios prestados en el mes previa certificación del interventor del servicio prestado a satisfacción.

**IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** Los gastos que demande el contrato se imputarán al Rubro 22001, MANTENIMIENTO – ADQUISICION DE SERVICIOS, CDP No. \_\_\_\_ de 2011, por \$41.000.000,00; VALOR PRESUPUESTO POR 1 MES.

### **EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS**

#### **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

#### **EVALUACION TECNICA:**

El proponente que tenga la propuesta más acorde a las expectativas y necesidades de la E.S.E., de acuerdo con la ponderación que para tal efecto se establezca, obtendrá 20 puntos, el segundo obtendrá 15 puntos, el tercero 10 puntos, el cuarto 5 puntos, los restantes participantes no obtendrán puntos.

#### **EVALUACION JURIDICA:**

Se estudiarán y analizarán los requisitos esenciales de orden legal exigidos, verificando su estricto cumplimiento. Este aspecto no dará puntaje pero habilitará o descalificará la oferta para su posterior calificación. Para efectos de la calificación únicamente se tendrán en cuenta los proponentes jurídicamente hábiles.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN JOSE  
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA**



<b>FACTOR DE CALIFICACION</b>	<b>PESO</b>						
<p><b>FACTOR TECNICO</b></p> <p>El proponente que tenga la propuesta más acorde a las expectativas y necesidades de la E.S.E., de acuerdo con la ponderación que para tal efecto se establezca, obtendrá 20 puntos, el segundo obtendrá 15 puntos, el tercero 10 puntos, el cuarto 5 puntos, los restantes participantes no obtendrán puntos.</p>	<b>30%</b>						
<p><b>TRAYECTORIA DEL PROPONENTE</b></p> <p>Se otorgarán 20 puntos a cada uno de los proponentes que demuestre veinticuatro (24) meses de experiencia en la ejecución de contratos con entidades de salud. La no demostración de experiencia no será saneable e inhabilitará la propuesta quedando descalificada.</p>	<b>20%</b>						
<p><b>FACTOR ECONOMICO</b></p> <p>El puntaje otorgado a este criterio se calculará de la siguiente manera: No. de Puntos a obtener = PM(Propuesta más económica/ Propuesta a evaluar). En donde PM = a Puntaje máximo de oferta (50 puntos)</p>	<b>40%</b>						
<p><b>DEMÁS ASPECTOS</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Cumplimiento de Contratos Similares</td> <td style="text-align: right;">10 PUNTOS</td> </tr> <tr> <td>Valor Agregado</td> <td style="text-align: right;">10 PUNTOS</td> </tr> <tr> <td>Gestión de Calidad o Sistema único de acreditación</td> <td style="text-align: right;">10 PUNTOS</td> </tr> </table>	Cumplimiento de Contratos Similares	10 PUNTOS	Valor Agregado	10 PUNTOS	Gestión de Calidad o Sistema único de acreditación	10 PUNTOS	<b>10%</b>
Cumplimiento de Contratos Similares	10 PUNTOS						
Valor Agregado	10 PUNTOS						
Gestión de Calidad o Sistema único de acreditación	10 PUNTOS						

**Empate:** Si de la sumatoria de los puntajes asignados a los diferentes criterios evaluados, dos (2) o más proponentes obtienen el mismo resultado, se preferirá al proponente que haya obtenido mayor calificación en la evaluación del Factor Económico. En caso de subsistir el empate, tendrá prioridad el proponente que presente mayor puntaje en la evaluación del Factor Técnico.

### CRONOGRAMA

<b>Actividad</b>	<b>Fecha y hora de inicio</b>	<b>Fecha y hora de cierre</b>
Publicación del proyecto de los términos de referencia en el sitio <a href="http://www.hsjbelen.gov.co">www.hsjbelen.gov.co</a> <b>Link:</b> Contratación → Ver convocatorias.	10/09/2011 17:00	12/09/2011 17:00
Recepción de sugerencias o solicitud de aclaraciones al correo: <a href="mailto:hbelen@telecom.com.co">hbelen@telecom.com.co</a> ó <a href="mailto:belen.sanjose@risaralda.gov.co">belen.sanjose@risaralda.gov.co</a>	13/09/2011 08:00	13/01/2011 17:00
Resolución de apertura de la convocatoria	13/09/2011 17:00	13/01/2011 18:00
Publicación de los términos de referencia definitivos	14/09/2011 08:00	15/09/2011 18:00

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbria, Risaralda  
Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179  
WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL SAN JOSE**  
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA



Actividad	Fecha y hora de inicio	Fecha y hora de cierre
Recepción de ofertas	16/09/2011 08:00	16/09/2011 17:00
Apertura de Sobres	17/09/2011 09:00	17/01/2011 10:00
Evaluación y Calificación de Ofertas	17/09/2011 10:00	17/09/2011 16:00
Resolución de Adjudicación del contrato	17/09/2011 16:00	17/09/2011 17:00
Suscripción y legalización del contrato	20/09/2011 08:00	20/09/2011 17:00

ARLEY MARULANDA OSORNO  
Gerente



PROYECTO DE TERMINOS DE REFERENCIA

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda

Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179

WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)



## ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE**  
Belén de Umbría

Asunto: **INVITACION PRIVADA DE OFERTA 006- 2011.**

**“La E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría, Risaralda; resultó afectado por la ola invernal ocurrida en el 2010 – 2011 y requiere ejecutar recursos provenientes de Colombia Humanitaria debido a los daños estructurales ocurridos”**

El Suscrito \_\_\_\_\_, actuando en nombre y representación de (colocar nombre del OFERENTE o de sus miembros) de acuerdo con las condiciones que se estipulan en la invitación, presentamos la siguiente OFERTA y en caso que la entidad, nos adjudique el contrato objeto del presente proceso, nos comprometemos a cumplirla y para el efecto declaramos lo siguiente:

1. Que ninguna otra persona o entidad, diferentes de las nombradas aquí, tiene participación en esta oferta o en el contrato que será el resultado de este proceso y que, por lo tanto, solamente los firmantes están vinculados a dicha oferta.
2. Que nos hemos familiarizado y hemos estudiado los Términos de Referencia y demás documentos, así como las demás condiciones e información necesarias para la presentación de la oferta, y aceptamos todos los requerimientos establecidos en dichos documentos.
3. Que nuestra oferta cumple con todos los requerimientos y condiciones establecidos en los documentos del proceso de selección.
4. Que entendemos que el valor del Contrato, conforme está definido en los términos de referencia, incluye todos los impuestos, tasas o contribuciones directas o indirectas que sean aplicables, así como todos los costos directos e indirectos que se causen por labores de administración y las utilidades del contratista.
5. Que no existe ninguna falsedad en nuestra Propuesta.
6. Que el (los) abajo firmante(s), obrando en nombre y representación del OFERENTE manifiesto (amos) que en caso de que LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE, acepte nuestra oferta, me (nos) obligo (amos) incondicionalmente a firmar y ejecutar el Contrato, en los términos y condiciones previstos en los Términos de Referencia.
7. Que de acuerdo con lo establecido en los Términos de Referencia, adjunto se anexa la documentación solicitada en los mismos y demás documentos requeridos.

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda  
Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179  
WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL SAN JOSE**  
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA



8. Que, a solicitud de LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE, me(nos) obligo(amos) a suministrar Cualquier información adicional necesaria para la correcta evaluación de la propuesta.
9. Que entendemos que LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE con los términos de referencia simplemente ha emitido una invitación a formular ofertas, razón por la cual es discrecional para esa entidad aceptar nuestra oferta o las demás que reciban de otros oferentes.
10. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que mi representada (o) SI NO ha sido sancionada ó multada mediante acto Administrativo expedido y ejecutoriado dentro de los tres (3) últimos años contados a partir del cierre de la presente invitación.
11. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (art.60 de la Ley 610 de 2000).
12. Que si somos seleccionados, nos comprometemos a constituir la garantía única de acuerdo a lo solicitado en la invitación
13. Que la siguiente oferta consta de \_\_\_\_\_ ( ) folios debidamente numerados.

Atentamente,

NOMBRE DEL OFERENTE \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
NIT: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO: \_\_\_\_\_



PROYECTO DE TERMINOS DE REFERENCIA

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ**

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda  
Dir: Cra. 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179  
WEB: [www.hsjbelen.gov.co](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hbelen@telecom.com.co](mailto:hbelen@telecom.com.co)

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN JOSE  
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA**



**ANEXO No. 2  
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE – BELEN DE UMBRIA  
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA**

<b>FORMULARIO INSCRIPCION COMO PROVEEDOR</b>			
Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en la base de datos como Proveedor de la E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría:			
<b>1. DATOS GENERALES</b>			
NOMBRE DEL INTERESADO O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA			
IDENTIFICACION	NIT. <input type="text"/>	C.C. <input type="text"/>	C.E. <input type="text"/> NUMERO <input type="text"/>
DIRECCION		<input type="text"/>	
CIUDAD DOMICILIO PRINCIPAL		<input type="text"/>	
NUMEROS TELEFONICOS		NUMERO DE FAX: <input type="text"/>	
CORREO ELECTRONICO		<input type="text"/>	
<b>2. DATOS DE LA EMPRESA</b>			
NO. ESCRITURA	<input type="text"/>	FECHA DE	DD/MM/AAAA
CONSTITUCION	<input type="text"/>	CONSTITUCION	<input type="text"/>
VIGENCIA DE	<input type="text"/>	LA SOCIEDAD	<input type="text"/>
NOTARIA	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>
NO. MATRICULA	<input type="text"/>	MERCANTIL	<input type="text"/>
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="text"/>			
IDENTIFICACION C.C.	<input type="text"/>	C.E.	<input type="text"/>
NUMERO	<input type="text"/>	EXPEDIDA EN:	<input type="text"/>
<b>3. TIPOS DE PROVEEDOR: Marque con una (X)</b>			
CONSTRUCTOR	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR DE BIENES	<input type="checkbox"/>
CONSULTOR	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>
<b>4. INFORMACION TRIBUTARIA</b>			
REGIMEN DE IVA	COMUN <input type="checkbox"/>	SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/>
GRAN CONTRIBUYENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AUTORETENEDOR DE IVA	<input type="checkbox"/>	NO. RESOLUCION	<input type="text"/>
AUTORETENEDOR DE RENTA	<input type="checkbox"/>	NO. RESOLUCION	<input type="text"/>
EXCENTO	RETENCION EN LA FUENTE <input type="checkbox"/>	RETENCION DE IVA	<input type="checkbox"/>
<b>5. INFORMACION DE CUENTA BANCARIA</b>			
ENTIDAD FINANCIERA	<input type="text"/>	TIPO DE CUENTA:	
		AHORROS:	<input type="text"/>
		CORRIENTE:	<input type="text"/>
NUMERO DE CUENTA	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			

