



Belén de Umbría, 9 de julio de 2011

INVITACION PRIVADA DE OFERTA No. 005 - 2011

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

“Se requiere Asegurar a la E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría, por medio de un programa de seguros generales que amparen los bienes muebles e inmuebles y los empleados y trabajadores vinculados laboralmente a la entidad durante el periodo comprendido entre el 14 de julio de 2011 y el 14 de julio de 2012”

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. Se requiere un solo contrato que ampare todas las modalidades de seguros Generales/*Incendio y/o Terremoto, Sustracción, Equipo Eléctrico y Electrónico, Automóviles, Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales, Manejo y Rotura de maquinaria/, Transporte de valores* y personas vida grupo colectivo. Las compañías aseguradoras deben ser legalmente constituidas, deben tener sucursal en la ciudad de Pereira. Los proponentes deberán cotizar todos los ramos que se especifican en la presente solicitud con base en los valores presentados y demás condiciones enunciadas. No se aceptan cotizaciones parciales ni aquellas presentadas por fax u otros sistemas similares.
Los proponentes se comprometen a aceptar el intermediario de seguros designado por el hospital.
La entidad que resulte seleccionada deberá garantizar el amparo automático de los bienes a partir del 14 de julio de 2011 a las 12 horas.
2. CARACTERISTICAS DE LOS AMPAROS: Ver cuadro anexo.
3. VALORES: El proponente deberá establecer de forma clara en la propuesta el resumen de las primas.

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 - E-mail: hbelen@telecom.com.co



- Nota:** Para cada ítem de cada uno de los servicios debe indicarse el valor unitario y su valor en pesos colombianos, y si incluye o no I.V.A.
4. EXPERIENCIA: La compañía aseguradora deberá acreditar mínimo 3 años de experiencia en la prestación de servicios objeto de la convocatoria.
 5. Estar dispuesto a someterse a EVALUACIONES DE PROVEEDORES dos veces al año, cumplir con las recomendaciones que se hagan derivadas de esta evaluación.
 6. Deben de cumplir con los requisitos de Ley en su constitución y funcionamiento.

DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA NECESARIOS PARA COMPARACION DE OFERTAS

1. Carta en original firmada por el representante legal donde manifieste su voluntad de presentar propuesta, manifestando bajo la gravedad de juramento que no tiene ningún impedimento para hacerlo.
2. La propuesta con las características técnicas del servicio en forma expresa y propuesta económica.
3. Certificado de constitución y representación legal: El oferente debe acreditar su existencia y representación legal mediante la presentación del certificado expedido por la Superintendencia Financiera. /se aceptan copias del mismo/.
4. Certificado de la Cámara de Comercio. La propuesta debe ir acompañada de una certificación de constitución y funcionamiento expedida por la Cámara de Comercio de Pereira, con fecha de expedición no superior a 30 días a la fecha del cierre de la convocatoria.
5. Copia del acta en la que autorizan al Representante Legal para celebrar el contrato en caso de requerirse.
6. Certificación de contratación con otras entidades de salud.
7. Fotocopia del RUT.
8. Estados financieros al 31 de diciembre de 2010, aprobados por la Superintendencia Financiera.
9. Certificación del Revisor Fiscal o Representante legal de la entidad donde conste afiliación a salud, pensión y ARP de los socios o personal vinculado al ente jurídico.
10. Paz y Salvo de Aportes a Comfamiliar, Sena e ICBF.
11. La propuesta deberá contener específicamente los amparos, los deducibles y las cláusulas y condiciones.

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:

El plazo de ejecución del contrato será desde el 14 de julio de 2011 LA VIGENCIA SERA DE 15 MESES (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 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, el Proponente calificado en el segundo lugar, siempre y cuando su Propuesta sea igualmente favorable para la Entidad."

SITIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

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

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: Los gastos que demande el contrato se imputarán al Rubro 22007, C.D.P. 228 del 29 de Junio de 2011.

CRONOGRAMA

Actividad	Fecha y hora de inicio	Fecha y hora de cierre
Publicación del proyecto de términos de referencia en el sitio web del hospital: www.hsjbelen.gov.co	02/07/2011 08:00	06/07/2011 17:00

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 - E-mail: 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 sugerencias al proyecto de términos de referencia: hbelen@telecom.com.co	07/07/2011 08:00	07/07/2011 17:00
Respuesta a observaciones	08/07/2011 08:00	08/07/2011 17:00
Resolución de apertura de convocatoria pública	08/07/2011 17:00	08/07/2011 18:00
Publicación de pliegos definitivos	09/07/2011 08:00	11/07/2011 17:00
Recepción de propuestas	12/07/2011 08:00	12/07/2011 17:00
Apertura de sobres	13/07/2011 08:00	13/07/2011 09:30
Evaluación de ofertas	13/07/2011 10:00	13/07/2011 17:00
Resolución de adjudicación del contrato	14/07/2011 08:00	14/07/2011 09:00

El plazo de presentación de las ofertas es el día 12 de Julio de 2011, en la secretaría de la gerencia de la E.S.E. de 8:00 am a 12:00 M y de 14:00 a las 17:00 horas

ARLEY MARULANDA OSORNO
Gerente

TERMINOS DE REFERENCIA DEFINITIVOS



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 - E-mail: 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 005-2011**

“Se requiere Asegurar a la E.S.E. Hospital San José de Belén de Umbría, por medio de un programa de seguros generales que amparen los bienes muebles e inmuebles y los empleados y trabajadores vinculados laboralmente a la entidad durante el periodo comprendido entre el 14 de julio de 2011 y el 14 de julio de 2012”

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.
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.

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 - E-mail: hbelen@telecom.com.co

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



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: _____

TERMINOS DE REFERENCIA DEFINITIVOS



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 - E-mail: 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**

FORMULARIO INSCRIPCION COMO PROVEEDOR			
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:			
1. DATOS GENERALES			
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	<input type="text"/>		NUMERO DE FAX: <input type="text"/>
CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>		
2. DATOS DE LA EMPRESA			
NO. ESCRITURA	<input type="text"/>	FECHA DE CONSTITUCION	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
CONSTITUCION	<input type="text"/>	VIGENCIA DE LA SOCIEDAD	<input type="text"/>
NOTARIA	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/> NO. MATRICULA MERCANTIL <input type="text"/>
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	<input type="text"/>		
IDENTIFICACION C.C. ___ C.E. ___	NUMERO <input type="text"/>	EXPEDIDA EN:	<input type="text"/>
3. TIPOS DE PROVEEDOR: Marque con una (X)			
CONSTRUCTOR	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR DE BIENES	<input type="checkbox"/>
CONSULTOR	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>
4. INFORMACION TRIBUTARIA			
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"/>
5. INFORMACION DE CUENTA BANCARIA			
ENTIDAD FINANCIERA	<input type="text"/>	TIPO DE CUENTA:	
		AHORROS: _____	CORRIENTE: _____
NUMERO DE CUENTA	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			

