

INVITACIÓN PÚBLICA Nº - 019- 2020
PROCESO DE CONTRATACIÓN MINIMA CUANTIA

OBJETO: ADQUISICION DE POLIZAS DE SEGURO DE VIDA PARA LOS FUNCIONARIOS PUBLICOS, EMPLEADOS OFICIALES Y PROFESIONALES DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE en adelante EL HOSPITAL, presenta los siguientes lineamientos generales a los Proponentes, quienes deberán leer cuidadosamente el presente pliego de condiciones para la adecuada elaboración y presentación de sus propuestas, su inobservancia se valorará al momento de las respectivas evaluaciones.

Queda entendido que con la presentación de la propuesta se acogen y aceptan todas las condiciones estipuladas en el presente pliego, en sus anexos y en la ley.

Las propuestas deberán venir escritas a computador, foliadas en orden consecutivo en su totalidad y con un índice donde se relacione el contenido total de la propuesta, en Carpeta legajadora libre de ácidos (desacidificada), gancho legajador plástico, hojas tamaño carta ; deberán entregarse en el lugar, y hasta el día y hora fijados en el presente proceso.

Las propuestas deberán presentarse en **UN (1) ORIGINAL impresas preferiblemente a doble cara** (completo con todos los documentos y anexos relacionados en el pliego de condiciones) y Una Copia exactamente igual a la original, **EN MEDIO MAGNÉTICO**.

Todos los folios de la propuesta deberán venir **numerados**. En caso de que las propuestas no se presenten debidamente numeradas, este riesgo será soportado por el proponente. **EL HOSPITAL**, en ningún caso procederá a la enumeración respectiva.

Las enmiendas, entrelíneas y raspaduras deberán ser debidamente aclaradas.

Se aceptarán propuestas enviadas por correo certificado de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la ley 962 de 2005. Las propuestas que sean enviadas por correo certificado se entenderán recibidas en la fecha y hora de radicación en la Oficina de Correspondencia- del HOSPITAL. Las propuestas que se presenten después de la fecha y hora fijadas para el cierre del proceso serán consideradas como propuestas extemporáneas, por lo cual se darán por no presentadas, y no se recibirán.

La presentación de la propuesta, constituye evidencia de que se estudió el pliego de condiciones, los anexos y demás documentos.

Será responsabilidad del proponente conocer todas y cada una de las implicaciones para un ofrecimiento del objeto del presente proceso de selección, y realizar todas las evaluaciones que sean necesarias para presentar su propuesta, sobre la base de un examen cuidadoso de las características del pliego y el objeto a contratar. Por la sola presentación de la propuesta se considera que el proponente ha realizado el examen completo de todos los aspectos que inciden y determinan la presentación de la misma.

Se recomienda al proponente, que obtenga asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, técnica, económica y de cualquier otra naturaleza, que considere necesaria para la presentación de la propuesta.

INVITACIÓN PÚBLICA Nº - 019- 2020
PROCESO DE CONTRATACIÓN MINIMA CUANTIA

OBJETO: ADQUISICION DE POLIZAS DE SEGURO DE VIDA PARA LOS FUNCIONARIOS PUBLICOS, EMPLEADOS OFICIALES Y PROFESIONALES DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E

2. ESPECIFICACIONES TECNICAS

El HOSPITAL DE SARARE E.S.E. fija las condiciones que el contratista debe prestar el servicio, objeto del presente estudio:

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	92	Póliza SEGURO DE VIDA	UNIDAD		

AMPAROS QUE DEBE CUBRIR LA PÓLIZA

3.1 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA
ASEGURADO PRINCIPAL

AMPARO	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
BASICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA), CANASTA, AUXILIO FUNERARIO	14 Años	70 Años más 364 días	indefinida
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14 Años	64 Años más 364 días	65 Años más 364 días
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	14 Años	64 Años más 364 días	65 Años más 364 días
DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL	14 Años	64 Años más 364 días	65 Años más 364 días
ENFERMEDADES GRAVES	14 Años	59 Años más 364 días	65 Años más 364 días
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACION	14 Años	64 Años más 364 días	65 Años más 364 días
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	14 Años	59 Años más 364 días	65 Años más 364 días
RENDA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL	14 Años	64 Años más 364 días	65 Años más 364 días

POR ACCIDENTE			
----------------------	--	--	--

3.2 VALORES ASEGURADOS ASEGURADO PRINCIPAL

AMPARO	SUMA ASEGURADA
BASICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) INCLUYENDO HOMICIDIO Y SUICIDIO.	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	
DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL	
ENFERMEDADES GRAVES	
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (diario \$100.000)	
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE	
CANASTA	
AUXILIO FUNERARIO	
PRIMA ANUAL POR ASEGURADO	
PRIMA ANUAL GRUPO ASEGURADO 94 PERSONAS	

AMPARO BASICO

- **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:** Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, que ocurra dentro de la vigencia de la póliza, por una causa no excluida, incluyendo homicidio y suicidio desde el primer día de vigencia y cualquier patología diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de la póliza
- **AMPAROS ADICIONALES:** Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.
- **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Se debe cubrir el presente amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador y la fecha de estructuración de la misma se produzcan dentro de la vigencia de la póliza.

Para efectos de la presente cobertura, se tendrán en cuenta únicamente las normas emitidas en materia de régimen en seguridad social colombiana vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (Fondo De Pensiones, ARL, Junta Regional O Nacional De Calificación De Invalidez sin que sea posible

la aplicación de los Manuales de Calificación de Invalidez aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

Una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente, Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, quedará libre de toda responsabilidad en lo que refiere al amparo básico del asegurado incapacitado.

- **INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:** Cubre la muerte accidental que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, siempre y cuando este ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.
Definición de Accidente: Para los efectos de esta póliza se entenderá por accidente el suceso imprevisto, repentino, violento de origen externo que, en forma directa y exclusiva, produzca la muerte, lesiones corporales o alteraciones funcionales permanentes o pasajeras medicamente comprobadas que no hayan sido provocadas deliberadamente por el asegurado.
- **DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL:** Si a consecuencia directa de un accidente amparado, ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el asegurado sufre alguna desmembración e inhabilitación de las perdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones descrita más adelante, evidenciada por una herida o lesión interna o externa de su cuerpo, reveladas y diagnosticadas por cualquier procedimiento clínico o médico reconocido; Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa, pagará el porcentaje correspondiente:

En beneficio por Desmembración se aplica de acuerdo a la tabla de porcentaje que indica a continuación:

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
CLASE DE PERDIDA		% DE INDEMNIZACION
1	PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION EN AMBOS OJOS	100%
2	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
3	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
4	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
5	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO Y DE UN PIE	100%
6	PERDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISION DE UN OJO	100%
7	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	60%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA SOLA MANO O DE UN PIE	60%
11	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA COMPLETA O INUTILIZACION DEL USO DE LA CADERA	30%
13	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
14	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
15	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
16	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
18	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
19	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
20	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
23	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	15%
24	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS O DE LOS PIES, SIEMPRE QUE COMPENDA LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES DE CADA UNO	10%

Las pérdidas no enunciadas en la tabla anterior, aunque sean de menor impacto, serán indemnizadas en relación con su gravedad, comparándolas con las aquí indicadas. Cualquier indemnización pagada con motivo de una desmembración e inhabilitación será tomada en cuenta y por lo tanto deducida de la indemnización por el amparo básico muerte, y el amparo adicional de incapacidad total y permanente, que pudiera dar lugar el mismo accidente.

3.4 COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

- a. Cáncer (incluye: leucemia, linfomas, enfermedad de hodgkin, melanoma maligno)
- b. Infarto al miocardio
- c. Insuficiencia renal crónica
- d. Accidente Cerebro Vascular
- e. Afección de arteria coronaria que exija cirugía
- f. Enfermedad de Alzheimer
- g. Quemaduras Graves o gran quemado
- h. Anemia Aplásica
- i. Esclerosis Múltiple
- j. Trauma mayor de la cabeza
- k. Enfermedad de Parkinson
- l. Estado de coma
- m. Trasplante de Órganos Vitales (Corazón, Pulmón, Hígado y Páncreas).

3.5 RENTA DIARIA (POR HOSPITALIZACION)

La Aseguradora, indemnizará el valor indicado en la caratula de la póliza, por cada día que la persona asegurada se encuentre recluida en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico legalmente reconocido por las autoridades competentes para el desempeño de su profesión.

- El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que ocasionen la hospitalización se hayan producido transcurridos (30) días continuos desde el ingreso a la póliza, el presente amparo incluye la hospitalización en casa o domiciliaria, cuando sea prescrita por el médico tratante.
- La indemnización se otorgará desde el día 2 de hospitalización, con un máximo de (45) días por evento y (4) eventos durante la vigencia anual de la póliza (entendiéndose por evento las hospitalizaciones como consecuencia de una misma enfermedad o lesión) y se extiende a amparar al asegurado en alguna de las siguientes situaciones:
- **HOSPITALIZACIÓN:** Determinada por el ingreso del asegurado como paciente interno en un centro hospitalario autorizado, mínimo por veinticuatro (24) horas, para el diagnóstico y tratamiento, bajo el cuidado y supervisión de un médico legalmente reconocido por las autoridades competentes para el desempeño de su profesión. Bajo este amparo la Aseguradora pagará una suma diaria por cada día de hospitalización, a partir del segundo día de la misma, es decir, el primer día no tiene cobertura
- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Bajo esta cobertura, la Aseguradora reconocerá como beneficio diario, el equivalente a dos (2) veces la suma pactada en la cobertura de renta diaria por hospitalización, durante la permanencia del asegurado en la unidad de cuidados intensivos sin exceder de treinta (30) días continuos, como resultado de un mismo accidente o enfermedad. Este amparo tiene un periodo de no cobertura de un (1) día, por lo cual la compañía pagará una

suma diaria por cada día de hospitalización o de UCI, a partir del segundo (2do) día.

- **TRATAMIENTO MEDICO Y CIRUGIA AMBULATORIA:** Se entiende como tal la realización de un procedimiento médico o quirúrgico necesario para el asegurado, efectuado como servicio ambulatorio, dentro de una institución hospitalaria o centro de cirugía autorizado que cumpla con los requisitos exigidos para tal fin. Bajo este amparo, la Aseguradora pagará una vez por vigencia la suma estipulada por tratamiento como consecuencia de una misma lesión o enfermedad.
- **PARTO NORMAL O POR CESAREA:** El parto normal o por cesárea, estarán cubiertos por el presente amparo adicional siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de entrar en vigencia el seguro, Bajo esta cobertura adicional, se reconocerá la suma diaria asegurada indicada en la carátula de la póliza por cada día que la asegurada permanezca hospitalizada, con un máximo de cinco (5) días por evento y por vigencia anual.
- **RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:** Cuando dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de un accidente cubierto por esta póliza, las lesiones sufridas por el asegurado le generaren por si mismas una incapacidad temporal a consecuencia de un accidente que le impida el desempeño de todos y cada uno de los deberes y obligaciones relacionados con su trabajo, la Aseguradora, indemnizará los días correspondientes a la incapacidad hasta por periodo de treinta (30) días por evento - vigencia Este amparo tiene un periodo de no cobertura de siete (7) días, por lo cual la Aseguradora pagará una suma diaria por cada día de incapacidad, a partir del octavo (8) día.
- **GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE:** Si durante la vigencia de la póliza, y como consecuencia directa de una lesión corporal causada por un accidente, e independiente de cualquier otra causa, el asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente, se viera precisado a recibir atención médica, someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, la Aseguradora, reembolsará el valor de dichas asistencias hasta el valor asegurado. Cuando el accidente sea por accidente de tránsito, la cobertura operara en exceso del SOAT y FOSYGA
- **AUXILIO FUNERARIO:** Si durante la vigencia de la póliza el asegurado llegare a fallecer, a consecuencia de un evento amparado, la compañía indemnizara el valor asegurado, Indicado en la caratula de la Póliza.
- **CANASTA:** En el evento de presentarse el fallecimiento o la Incapacidad Total y Permanente del asegurado, la Aseguradora reconocerá la suma mensual indicada para este amparo en la caratula de la póliza, realizando un solo pago por todas las mensualidades contratadas (6 meses).

4. PRESUPUESTO OFICIAL

El estudio de precios da como resultado el siguiente presupuesto oficial: TREINTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 34.960.000).

5. CONFRONTACION FINANCIERA

El costo de esta contratación presupuestalmente se financiará por el rubro 2102100101 Seguros (Administrativo) DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 10.260.000) y del rubro 2102100201 seguros (Asistencial) VEINTI CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 24.700.000) del presupuesto de la vigencia fiscal 2020.

6. FORMA DE PAGO

Una vez expedidas las respectivas Pólizas, el hospital procederá a cancelar en la modalidad de contraentrega, previa presentación de factura, pago de seguridad social y certificación a entera satisfacción del supervisor del contrato.

7. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plazo de la ejecución será de treinta (30) días. Aclarando que el tiempo de duración de la Póliza será de un año.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD Y/O ETAPAS	FECHA Y HORA	LUGAR
1- Publicación de la invitación.	28 de Febrero de 2020	www.hospitaldelsarare.gov.co
2-Lugar y Fecha límite para la presentación de ofertas y recepción de las mismas, Cierre del Proceso de Selección y Apertura de las propuestas presentadas y Suscripción del Acta.	02 de Marzo de 2020 a las 4:30.p.m.	Oficina Jurídica del Hospital ubicado en la calle 30 No. 19ª – 82 Barrio Los Libertadores en Saravena o al correo correspondencia@hospitaldelsarare.gov.co
3.Termino realizar evaluaciones	03 y 04 de Marzo de 2020.	Oficina Jurídica del Hospital ubicado en la calle 30 No. 19ª – 82 Barrio Los Libertadores en Saravena
4.Termino Para Publicar Evaluaciones	05 de Marzo de 2020	www.hospitaldelsarare.gov.co
4. Término para dar respuesta a las observaciones presentadas a la verificación de los requisitos habilitantes de las ofertas y Comunicación de la aceptación de oferta.	Dentro del día hábil de publicación de vencimiento publicación de la invitación.	Oficina Jurídica del Hospital ubicado en la calle 30 No. 19ª – 82 Barrio Los Libertadores en Saravena, pag web www.hospitaldelsarare.gov.co
4.Elaboración del contrato	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de publicación.	Oficina Jurídica del Hospital ubicado en la calle 30 No. 19ª – 82 Barrio Los Libertadores en Saravena

Cualquier modificación a las fechas contenidas en esta cronología se efectuará y comunicará a los oferentes, mediante adendas suscritos por el Hospital del Sarare, Adenda que se publicará en la página web de la entidad

9. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

2.1. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA

El proponente deberá elaborar la propuesta en concordancia con los parámetros establecidos en los presentes pliegos de condiciones anexando la documentación exigida. Para la elaboración de la oferta, los proponentes deberán considerar las condiciones de tiempo, modo y lugar necesarias para ejecutar el objeto del contrato a suscribirse.

En caso de ser necesaria alguna aclaración a la oferta presentada, esta será solicitada únicamente por alguno de los miembros del Comité de evaluación, y el proponente tendrá 24 horas máximo improrrogables contadas a partir de la comunicación por medio electrónico o escrito radicado al proponente, para presentar las observaciones o aclaraciones a dicho comité, el escrito de respuesta deberá ser enviado a la Oficina Jurídica del Hospital, o al correo electrónico correspondencia@hospitaldelsarare.gov.co juridica@hospitaldelsarare.gov.co; en todo caso no se admiten aclaraciones que modifiquen la propuesta inicialmente presentada. El proponente deberá presentarse a la totalidad de los bienes y bajo las características técnicas solicitadas, no se aceptarán propuestas parciales ni alternativas a las aquí solicitadas.

Todos los costos derivados de la elaboración y presentación de la propuesta serán asumidos por el proponente, LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE, en ningún caso será responsable de ellos.

NOTA: El valor de la propuesta debe venir totalizado para efectos de transparencia del proceso y con el fin de facilitar el cálculo del porcentaje correspondiente a la póliza de seriedad de la oferta.

2.1 RESPONSABILIDAD POR SU ELABORACIÓN

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE no asume ninguna responsabilidad por la elaboración que de la oferta el proponente hiciera, ni por los gastos que la propuesta ocasione, corresponde únicamente al proponente y sobre este recae toda la responsabilidad de la propuesta.

2.1 PRESENTACION DE LA PROPUESTA

La propuesta debe presentarse en idioma español, en original. La propuesta debe venir con todos los documentos y anexos requeridos legibles, escrita en letra imprenta y, deberá presentarse de manera impresa y en medio magnético, de encontrarse inconformidad entre una y otra prevalecerá el medio físico, la propuesta deberá estar debidamente foliada, en orden ascendente e ininterrumpida y sin enmendaduras (La foliación se hará hoja por hoja sin importar su contenido o material y en el orden y con los requisitos exigidos en los pliego de condiciones, no debe incluir hojas en blanco); así mismo, la propuesta deberá llevar un índice o tabla de contenido en donde se relacionen todos los folios de las mismas que permita su consulta ágil. La propuesta deberá estar debidamente firmada por su Representante Legal y será presentada en sobre cerrado.

La propuesta que, en su original, incluidos los documentos soportes que presenten borrones, enmendaduras o tachaduras no serán aceptadas salvo que contengan las salvedades correspondientes, de igual forma en los casos que los soportes son Fotocopias, éstas deben ser

nítidas y tomadas de su original; en caso de divergencias, prevalecerán los datos e información contenida en el original.

En caso de que la propuesta esté contenida en más de un sobre, cada uno de ellos debe estar numerado en orden ascendente.

El HOSPITAL DEL SARARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, no será responsable de la apertura prematura de la propuesta, en el caso que no sea correctamente dirigida, marcada o entregada.

2.1 DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

Para facilitar la correcta integración de la propuesta por parte del proponente, la unidad y celeridad en su estudio y la evaluación por parte del HOSPITAL DEL SARARE ESE, el proponente deberá adjuntar los documentos de la propuesta en el mismo orden en que se relacionan a continuación:

2.1.14. **Carta de presentación de la propuesta Anexo 1.** De acuerdo con el modelo Anexo 1, debidamente firmada en por el Representante legal si es persona jurídica o el propietario si es establecimiento de comercio; indicando su nombre y demás datos requeridos en el formato suministrado, donde se manifestará, el cumplimiento de todas las condiciones legales requeridas para contratar (existencia, capacidad, representación legal, manifestación expresa de no encontrarse ni el representante legal no la persona jurídica que representa, incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución, la ley y el Estatuto de Contratación del Hospital del Sarare ESE). Indicar claramente la dirección de notificaciones y o envío de correspondencia, será obligatorio informar un número telefónico y un correo electrónico.

2.1.14. **Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal**

2.1.14. **Certificado de existencia y representación legal**, en original, expedido por la Cámara de Comercio si se trata de persona jurídica, o Certificado de Registro Mercantil, expedido por la Cámara de Comercio de su domicilio principal si el proponente es persona natural o propietario de establecimiento de comercio, con fecha de expedición no superior a treinta (30) días a la fecha de cierre de esta convocatoria. Además, deberá constar que la persona jurídica proponente tiene vigencia no inferior al plazo de ejecución del contrato y un (1) año más.

El objeto social de la firma proponente debe estar en concordancia con el objeto de la contratación.

NOTA 1: Cuando el representante legal de la firma proponente de conformidad con el certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, tenga limitada su capacidad para licitar o contratar, deberá acompañar la correspondiente autorización del órgano Directivo de la Sociedad.

NOTA 2: Cuando se actúe en calidad de apoderado, deberá acreditarse tal condición teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 24 de la Ley 962 de 2005.

NOTA 3: Se informa que solo se recibirán ofertas de personas naturales y jurídicas, por tal motivo no se aceptarán propuestas de uniones temporales, consorcios y promesas de sociedades futuras.

2.1.14. **PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL.** Los proponentes deberán acreditar el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, si a ello hubiere lugar, **durante los tres (6) meses anteriores a la presentación de las propuestas**, (Art 50 ley

Invitación 019 de 2020 Pagina 11 de 16

789 de 2002) mediante certificación expedida por el Revisor Fiscal si la sociedad cuenta con éste o por Contador Público quien deberá anexar sus documentos correspondientes. Igual obligación deberá cumplir y acreditar durante la ejecución del contrato si el proponente fuere favorecido, conforme a la Ley 828 de 2003 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. A la certificación expedida por el Revisor Fiscal (adjuntar Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores) o por el Representante Legal deberá anexarse los soportes de pago del SSS Integral, información que será corroborada por la entidad en la respectivas Plataformas Digitales (ADRES).

2.1.14. **Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República** vigente tanto para persona natural, su representante legal cuando se trate de persona jurídica.

2.1.14. **Certificado antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación**, de igual forma del representante legal cuando se trate de persona jurídica.

2.1.14. **Certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional.**

2.1.14. **Registro Único Tributario.** Anexar fotocopia legible del Registro Único Tributario, actualizado año 2020.

2.1.14. **Oferta Económica:** Con base en las cantidades definidas por la entidad, los proponentes deberán presentar adjunto a su propuesta el cuadro de presupuesto en idioma español y en pesos colombianos, indicando el precio unitario **sin centavos** antes de liquidar el IVA, discriminando este impuesto por separado según corresponda y teniendo en cuenta las exenciones que aplique. La oferta económica deberá estar firmada por el Representante legal, la no firma de la oferta económica será causal de rechazo.

2.1.14. **GARANTIAS DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA.** Para evaluar la suficiencia de las garantías y la previsión del riesgo, el oferente deberá constituir las garantías necesarias para la presentación de la propuesta y si fuere seleccionada, las necesarias para el cumplimiento de objeto del contrato y su normal desarrollo. Dichas garantías podrán otorgarse mediante pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia o en garantías bancarias.

El oferente adjuntará a la propuesta, la garantía de seriedad de la misma expedida por una Compañía de Seguros legalmente autorizada para funcionar en Colombia, o por Entidad Bancaria, en original, a favor del Hospital del Sarare ESE., por valor equivalente **al 10% del valor total de la propuesta** sin centavos y con una vigencia de tres (3) meses, contados a partir de la fecha en que vence el término de presentación de las propuestas. Adicionalmente anexar en **ORIGINAL** el comprobante de pago de la respectiva póliza.

La propuesta que resulte ganadora deberá anexar para la legalización del contrato la póliza de cumplimiento por un valor del 10% de valor del contrato.

EL HOSPITAL DEL SARARE ESE hará efectiva la garantía de seriedad de la propuesta en los siguientes casos:

- a) Cuando el proponente solicite el retiro de su oferta después de la fecha de cierre del presente proceso.
- b) Cuando el proponente favorecido no proceda, dentro del plazo estipulado en estos términos, a suscribir y legalizar el contrato.
- c) Cuando el proponente favorecido no otorgue la garantía de cumplimiento del contrato.

- 2.1.15. **Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República** vigente tanto para persona natural, su representante legal cuando se trate de persona jurídica.
- 2.1.15. **Certificado antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación**, de igual forma del representante legal cuando se trate de persona jurídica.
- 2.1.15. **Certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional.**
- 2.1.15. **Registro Único Tributario.** Anexar fotocopia legible del Registro Único Tributario, actualizado año 2020.

Oferta Económica: Con base en las cantidades definidas por la entidad, los proponentes deberán presentar adjunto a su propuesta el cuadro de presupuesto en idioma español y en pesos colombianos, indicando el precio unitario **sin centavos** antes de liquidar el IVA, discriminando este impuesto por separado según corresponda y teniendo en cuenta las exenciones que aplique. La oferta económica deberá estar firmada por el Representante legal, la no firma de la oferta económica será causal de rechazo.

2.1.14 VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA

El valor ofertado por parte de los proponentes, debe incluir todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la oferta, de la suscripción y ejecución del contrato, de acuerdo con las normas legales vigentes, ya que los mismos se entienden por cuenta del contratista.

NOTA: El Cuadro de Presupuesto por ser un documento necesario para la comparación de las propuestas es considerado de estricto cumplimiento y no podrá ser subsanado en ningún caso.

- 2.1.14. **Certificado de vigencia de inscripción de antecedentes disciplinarios** expedido por la Junta Central de Contadores, del Contador Público y del Revisor Fiscal que hayan suscrito los estados financieros aportados, así como copia de la tarjeta profesional y documento de identidad legibles, de conformidad con la circular externa 045 del 15 de diciembre de 2005. (No Obligatorio para presentar la propuesta, pero indispensable previo a la suscripción del contrato). **NOTA: Este deberá presentarse fotocopia legible.**
- 2.1.14. **Propuesta Técnica:** El proponente debe presentar su oferta técnica atendiendo la totalidad de las especificaciones técnicas y cantidades establecidas, así como los demás requerimientos, condiciones, presupuesto, y garantías mencionados en el presente documento.

El proponente debe anexar los documentos relacionados a continuación, organizados y foliados así:

- 2.1.14. **Certificaciones de experiencia** (mínimo una), expedidas por empresas privadas o entidades públicas nacionales, con los cuales el proponente haya tenido vínculos comerciales, cuyo objeto sea igual o similar al del presente proceso que superen el 70% del valor de la propuesta. Para contratos suscritos y ejecutados 5 años antes de la fecha de presente convocatoria y la fecha de presentación de la propuesta, la sumatoria del valor en ejecución o ejecutado y certificado debe superar 50% valor total del presupuesto estimado para éste proceso. Estas certificaciones deben tener como mínimo la siguiente información certificada:

Objeto, valor, fecha de suscripción, fecha de terminación ó estado de ejecución y concepto sobre el cumplimiento de los contratos certificados.

En caso de contratos en ejecución, se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

De las anteriores certificaciones se debe expedir una por cada contrato ejecutado. **No se tendrá en cuenta para la evaluación fotocopias de contratos ni facturas** cuando no estén acompañadas de la respectiva certificación de cumplimiento, excepto para aquellas certificaciones que sean expedidas por el HOSPITAL, caso en el cual se acepta solamente la copia del contrato. En caso de presentar certificaciones en dólares, se tendrá en cuenta el tipo de cambio a la fecha en que se celebró el contrato certificado.

- **Requisitos que deben cumplir las certificaciones:**

Si el objeto del contrato consignado en la certificación no es igual o similar al solicitado, dicha experiencia no será tenida en cuenta para efectos de evaluación y calificación. Cuando el valor de las certificaciones no supere el 50% del valor total del presupuesto asignado para este proceso, no serán tenidas en cuenta. En caso que la certificación sea expedida por una entidad estatal y no contenga la totalidad de la información solicitada, se deberá adjuntar copia del acta de liquidación, recibo final a satisfacción del contrato o cualquier otro documento que haga parte de la ejecución del contrato debidamente suscrito. No se tendrán en cuenta para evaluación de la experiencia del proponente las copias de contratos, actas de iniciación o cualquier otro documento, cuando estos no estén acompañados de su respectiva certificación.

Las certificaciones de experiencia son documentos de estricto cumplimiento necesarios para el estudio de las propuestas, por lo cual no se permitirá adicionar nuevas certificaciones a las adjuntas a la propuesta, sin embargo, el comité técnico evaluador puede solicitar las aclaraciones que estime conveniente sobre las certificaciones aportadas.

2. CAUSALES DE RECHAZO

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE, además de las causales señaladas y establecidas en la Constitución, la ley y en estatuto de Contratación del HOSPITAL, podrá rechazar las propuestas en los siguientes casos:

- a) Cuando no se cumpla con los requerimientos mínimos técnicos, financieros y de experiencia exigidos en la presente invitación pública de mínima cuantía.
- b) Cuando se presente inexactitud o inconsistencia en alguna información suministrada por el proponente o en la contenida en los documentos anexos a la propuesta y que no fueron aclarados por aquél
- c) Cuando se encuentre que el proponente esté incurso en alguna de las prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades previstas en la Constitución o en la Ley.
- d) Cuando la propuesta sea jurídicamente inhabilitada
- e) Cuando los documentos presenten borradores, tachones o enmendaduras y no se haya hecho la salvedad correspondiente, o cuando se presente alteraciones o irregularidades.
- f) Cuando se omita cualquier documento indispensable para la comparación de las propuestas exigido en la invitación pública de mínima cuantía.
- g) Cuando se incluyan dentro de la propuesta textos cuyo contenido contradiga o modifique lo dispuesto en las especificaciones contenidas en la presente invitación pública.
- h) Si la oferta supera el valor del presupuesto oficial estimado.
- i) Cuando la propuesta económica se encuentre subordinada al cumplimiento de alguna condición.
- j) Cuando la propuesta económica sea considerada como artificialmente baja.

- k) La omisión de alguno de los documentos mínimos habilitantes que no haya sido subsanado dentro del término establecido otorgado por la entidad.
- l) No presentar la documentación actualizada a la fecha exigida.

11 NÚMERO MÍNIMO DE PARTICIPANTES

El número mínimo de participantes hábiles para no declarar desierta la invitación es de uno (1). Se entiende por participante hábil quien no esté incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Constitución y la Ley, ajustándose a los términos de referencia.

El proponente deberá afirmar, bajo juramento, que se entiende prestado con la suscripción de la carta de presentación de la propuesta, que ni él ni la sociedad que representa se hallan incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en las disposiciones legales vigentes.

- 1.- Los sobres que contengan la oferta se entregarán **sellados y rotulados** con el nombre del proponente, dirección, teléfono y fax, rotulados así:

Señores:
HOSPITAL DEL SARARES E.S.E
Calle 30. No.19ª -82
Ciudad.
Referencia: INVITACIÓN PUBLICA N.

PROPONENTE, DIRECCIÓN, TELEFONO, FAX, DIRECCIÓN

12. EVALUACION JURÍDICA (ADMITIDA NO ADMITIDA)

Esta evaluación no tendrá puntuación el cumplimiento de los requisitos de orden jurídico dará el concepto de admitida no admitida.

Crterios de evaluación	Evaluador	ADMISIBLE/NOADMISIBLE
Evaluación Jurídica	Oficina jurídica	ADMISIBLE/NOADMISIBLE
Experiencia	Oficina jurídica	ADMISIBLE/NOADMISIBLE
SARLAFT	Oficina jurídica	ADMISIBLE/NOADMISIBLE

13. CRITERIOS DE DESEMPATE.

En caso de presentarse un empate en la calificación de dos (2) o más oferentes, la E.S.E HOSPITAL DEL SARARE, acudirá a realizar Una Evaluación **TECNICA**, por parte del Coordinador Encargado de la Dependencia que Genero la Necesidad, en este caso Evaluará las **OFERTAS** y quien tenga el precio más bajo dependiendo de la Exigencia, (Global o Ítems) Sera la Ganadora. y si persiste el empate la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados según su orden de entrega.

14. ADJUDICACION DEL CONTRATO

Se efectuará durante los 05 días siguientes a la entrega de las evaluaciones y calificaciones.

Original firmado
NESTOR BATIANELLI RAMIREZ
Gerente

Proyecto Aprobó y Dígito: Shirley Tatiana Barbosa/Asesor jurídico

ANEXO No. 1
MODELO CARTA DE PRESENTACIÓN

INVITACION PUBLICA No. ____
Ciudad y Fecha

Señores
HOSPITAL DEL SARARE
E. S. E.
REF: MANIFESTACION DE INTERES Y PRESENTACION DE LA
PROPUESTA A LA INVITACION PUBLICA No. ____

OBJETO: xxxxxxxxxxxxx

El(los) suscrito(s) obrando en nombre propio y/o en representación de _____ (nombre del proponente) de acuerdo con la Invitación Pública propia del procedimiento de selección para la celebración de Contratos, y los demás documentos que la integran, pongo a consideración la siguiente propuesta técnica y económica para participar en la invitación pública No. ____.

El(los) suscrito(s) se compromete(n) en caso de resultar favorecido(s) con la adjudicación del contrato a firmarlo y presentar todos los documentos correspondientes a su ejecución y Legalización dentro del plazo establecido.

El(los) suscrito(s) declara(n):

1. Que ninguna persona o entidad distinta de las aquí nombradas tiene interés en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrarse y que por consiguiente solo compromete al (a los) firmante(s).
2. Que conoce(n) la Invitación Pública y que acepta(n) todos los requisitos en ellos exigidos y en caso de adjudicación se somete(n) a la normatividad y a las reglamentaciones vigentes para el desarrollo del objeto contractual.
3. Que no nos hallamos incurso(s) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
4. Que no tenemos sanción vigente impuesta por ninguna entidad oficial anteriores a la fecha de presentación de la presente propuesta (o en su defecto indicar el nombre de cada entidad).
5. Que si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías individuales y colectivas requeridas y a suscribir estas y aquel dentro de los términos señalados para ello.
6. Que como contratista me comprometo con el contratante a mantenerlo libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas, dependientes o asociados.

Manifiesto mi interés de participar en el presente proceso de selección para la celebración de contratos, referente a la Invitación Pública No. ____ .

Atentamente,

(Nombre del Proponente o Representante Legal)
(Cedula de Ciudadanía o N I T)
Dirección:



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

Evolucionamos pensando en usted

Vigilado:
Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

Invitación 019 de 2020 Pagina 16 de 16

Teléfono:Correo Electrónico: