

**INVITACIÓN A COTIZAR  
COMPRA DIRECTA  
A QUIEN INTERESE  
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E  
NIT 899.999.032-5**

Fecha: 27/10/2017

Tel: (1) 3371597

Dirección: Cra 8 N° 0- 55 Sur Bogota DC

Correo: [compras.gestion2@hus.org.co](mailto:compras.gestion2@hus.org.co)

Numero solicitud: OC 201700155

**OBJETO: SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE CARPAS PARA EXTERIORES, ACTIVIDAD DE CAPACITACION.**

ITEM	PRODUCTO	UNIDAD/ MEDIDA	CANTIDAD	SEDE BOGOTA	CARACTERISTICAS
1	ARRIENDO POR TRES (3) DIAS DE CARPA IMPERMEABLE DE 12 X 6 METROS Y UNA ALTURA APROXIMADA DE 4 METROS. CON TECHO Y LATERALES EN LOS CUATRO LADOS	Unidad	2	2	ARRIENDO POR TRES (3) DIAS DE CARPA IMPERMEABLE CON TECHO DE 12 METROS DE ANCHO X 6 METROS DE LARGO Y 4 METROS DE ALTO APROXIMADOS CON PROTECCIÓN LATERAL POR SUS CUATRO LADOS. INCLUYE INSTALACION, ADECUACION, DESMONTE Y ACCESORIOS

**2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO.**

- Las carpas para arriendo deben ser relacionadas con las características básicas solicitadas de acuerdo a las necesidades específicas.
- La instalación y prueba de las carpas está a cargo del arrendador de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas.
- Las adecuaciones para la instalación, deben realizarse por parte del arrendador, sin costo adicional para el HUS
- Las carpas debe ser instaladas y puestas en funcionamiento en la plaza de banderas de la sede Bogotá, en dos secciones: Una al lado derecho del ingreso del edificio asistencial, con medidas de 12 metros de largo por 6 metros de ancho y otra con medidas similares al lado derecho de la entrada referida.
- Se deben tener en cuenta todos los aspectos técnicos derivados de la naturaleza de bienes
- La instalación y la adecuación debe estar a cargo del arrendador, procurando el cuidado de la infraestructura y/o bienes del hospital y en caso de que se presente tal evento debe responder por los daños ocasionados

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 [www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

“Unidos por tu Bienestar”



- La instalación y la adecuación debe estar a cargo del arrendador, procurando el cuidado de la infraestructura y/o bienes del hospital y en caso de que se presente tal evento debe responder por los daños ocasionados

**NOTA 1:** El proponente deberá guiarse por las especificaciones técnicas, el incumplimiento de cualquiera de estas especificaciones dará a que la propuesta sea rechazada.

**NOTA 2:** Para respaldar el presente proceso de selección y pago del contrato que de él se derive, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA dispone de un CDP # 1036 con fecha del 27/10/2017 dentro de su presupuesto de gastos de la vigencia 2017, recursos por valor de:

UNIDAD FUNCIONAL	PRESUPUESTO
BOGOTA	\$1.8000.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.800.000</b>

### 3. DOCUMENTOS JURIDICOS 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 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, el proponente deberá adjuntar original de los documentos de la propuesta en el mismo orden en que se relacionan a continuación:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.
- Certificado de Existencia y Representación Legal. Expedido por la autoridad o entidad competente según la ley, donde contenga la actividad económica, la cual debe estar relacionada con el objeto de la invitación y las facultades del Representante Legal, este certificado debe aportarse en original y haber sido expedido con una anterioridad no superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre de la invitación.

En caso que las facultades del representante legal estén restringidas deberá anexar la autorización correspondiente expedida por el órgano competente para actuar en la presentación de la propuesta y en el perfeccionamiento y ejecución del contrato.

- Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT. Donde se pruebe la actividad socioeconómica del proponente.
- Certificación de paz y salvo de pago de aportes de seguridad social y parafiscales. Certificación en la cual se acredite el pago de los aportes realizados durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de propuestas de la presente convocatoria expedida por el revisor fiscal o por el representante legal y contador, según sea el caso.
- Certificado de policía, contraloría y procuraduría
- Formato diligenciado del registro único proveedores del Hospital
- Certificación de inhabilidades e incompatibilidades expedidas por el representante legal o delegado de la empresa.

#### 4. OBLIGACIONES DEL OFERENTE

- 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 cumplimiento al objeto del contrato de acuerdo con cada una de las partes estipuladas en él.
- d). Informar sobre el desarrollo del contrato.
- e). Garantizar la calidad de los elementos.
- f). Garantizar que la ejecución se ajuste al Presupuesto propuesto.

#### 5. CAUSALES DE RECHAZO DE PROPUESTAS

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, 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:

- Cuando se encuentre que el proponente esté incurso en alguna de las prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades previstas en la Constitución o en la Ley.
- Cuando la propuesta sea jurídicamente inhabilitada
- Cuando los documentos presenten borrones, tachones o enmendaduras y no se haya hecho la salvedad correspondiente, o cuando presente alteraciones o irregularidades.
- Cuando la oferta supera el valor del presupuesto oficial estimado.
- Cuando la propuesta se encuentre subordinada al cumplimiento de alguna condición.

#### 6. FORMA DE PAGO

La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA** efectuará el pago 30 días calendario fecha factura, una vez radicada y aceptada la factura, previa presentación al supervisor de:

- Factura con los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren.
- Certificación del Supervisor del recibido a satisfacción.
- Certificado de parafiscales.

#### 7. LUGAR Y ENTREGA DE LAS COTIZACIONES

Las propuestas deben radicarse en original y en sobre cerrado y debidamente marcado el cual debe contener tres carpetas foliadas y deben venir así:

- carpeta 1 : documentación jurídica
- carpeta 2 : Documentos técnicos y experiencia
- carpeta 3 : propuesta económica

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 [www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

“Unidos por tu Bienestar”



En la Oficina de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros del HUS en la cra 8 # 0 – 29 sur, edificio administrativo 3 piso, las cotizaciones presentadas después de la fecha de cierre de la Invitación, no serán tenidas en cuenta para el proceso de evaluación y posterior adjudicación.

#### 8. PLAZO DE EJECUCION

El plazo para la ejecución 30 Días.

#### 9. FACTORES DE EVALUACIÓN

Los criterios de selección se evaluarán por separado y pasaran únicamente los oferentes que hayan cumplido con los requisitos mínimos exigidos habilitantes esenciales de orden legal y técnico exigidos de acuerdo a la naturaleza del servicio a contratar y su estricto cumplimiento, por ello dentro de los criterios de selección de ofertas, se deben considerar los siguientes factores:

1. **Evaluación Jurídica:** Admisible / No admisible; consiste en la verificación del cumplimiento de la totalidad de los requisitos legales para contratación estatal
2. **Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas:** Admisible / No admisible.
3. **Evaluación Económica:** se tendrá en cuenta el proponente que oferte el menor precio, cumpliendo con los anteriores criterios de selección.

**Fecha de la publicación de la invitación:** 27 de Octubre de 2017 Hora 4:00 P.M.  
**Fecha de Retiro y cierre de la invitación:** 30 de Octubre de 2017 Hora 3:00 P. M



**FREDY RAMIREZ CASASBUENAS**

Subdirector de compras, bienes y suministros

ELABORO: María Antonia Sánchez Secretaria COMPRAS Y SUMINISTRO

**ANEXO 1**  
**CARTA DE PRESENTACIÓN**

Bogotá, D.C,

Señor:

**REPRESENTANTE LEGAL**

Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana

Carrera 8 No. 0-55 Sur

Bogotá, D.C.

**Ref. SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE CARPAS PARA EXTERIORES, ACTIVIDAD DE CAPACITACION Y SENSIBILIZACION EN LA RUTA DE ACREDITACION**

EL suscrito, obrando en representación de \_\_\_\_\_ y de acuerdo con las reglas que contienen los pliegos de condiciones y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, de manera atenta me permito presentar propuesta para SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE CARPAS PARA EXTERIORES, ACTIVIDAD DE CAPACITACION Y SENSIBILIZACION EN LA RUTA DE ACREDITACION De acuerdo al objeto de la invitación en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, y en caso que me sea adjudicado el contrato, me comprometo a ejecutar el objeto contractual en la forma y especificaciones determinadas en los pliegos de condiciones y sus anexos, como lo ofrecido en la presente propuesta y a cumplir con todas las obligaciones que surjan de esta Invitación a cotizar y del contrato.

Expresamente manifiesto que:

- a) No estamos incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad según lo previsto por la Constitución Política, la ley y el Estatuto Contractual de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.
- b) Como representante legal tengo capacidad legal y estoy facultado para presentar esta propuesta.
- c) La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
- d) Hemos estudiado los pliegos y declaramos expresamente nuestra conformidad con dicha documentación y el sometimiento a la misma para presentar nuestra propuesta.
- e) Aceptamos las condiciones y demás requisitos contenidos en los pliegos de condiciones.
- f) Declaramos que asumimos toda la responsabilidad por cualquier error u omisión cometido en la preparación y presentación de la propuesta y por los compromisos adquiridos con la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA** y con terceros, derivada de ella.
- g) Nos comprometemos a mantener esta oferta por un período de noventa (90) días contados a partir de la fecha del cierre del proceso de selección o del vencimiento de sus prórrogas si las hubiere.
- h) Aceptamos las responsabilidades y obligaciones relacionadas con la entrega de la oferta y en caso de ser seleccionados, suscribiremos y legalizaremos el contrato en los plazos definidos en el cronograma del proceso de selección.
- i) Que el original de la propuesta consta de ( ) folios, debidamente numerados.
- j) Me comprometo a actuar de buena fe en todo el proceso de selección y pos selección.
- k) Suministro la siguiente información para efectos de notificar o comunicar todos los actos que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, deba o considere necesario efectuar durante el curso de la presente invitación.

Dirección para notificación DIRECCIÓN – TELÉFONO –E-MAIL

(Nombre y firma del Representante Legal)

NOTA: LA FIRMA DE UNA PERSONA DIFERENTE AL REPRESENTANTE LEGAL O QUIEN HAYA DELEGADO O SU APODERADO, O LA AUSENCIA DE FIRMA, DARÁN LUGAR A QUE LA OFERTA SEA RECHAZADA.



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
 FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES

05GBS21 - V2

El siguiente documento debe ser diligenciado con letra impresa y legible

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		TIPO CONTRIBUYENTE	CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA ANTE LA DIAN (4 DÍGITOS)		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO			IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			IDENTIFICACIÓN	DV <input type="checkbox"/>	
<small>(Cédula de ciudadanía, Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o NIT)</small>					
DIRECCIÓN	TELÉFONOS	CIUDAD	E-MAIL		
CONTACTO COMERCIAL con el HUS	E-MAIL	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL GERENTE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO		
OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN		DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS			
¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/O OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTOS PÚBLICO? (Declaración del proveedor de si tiene o no la condición de personas Políticamente Expuesta (PEP). Es servidor Público)				SI	NO
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? (Señale el tipo de operación: importaciones _____, exportaciones _____, inversiones _____, prestamos _____, envío y/o recepción de giros _____, pago de servicios _____, transferencias entre otras _____)				SI	NO
CAPITAL PAGADO	MATRÍCULA N°	TIPO DE SOCIEDAD	FECHA DE CONSTITUCIÓN		
SOCIOS		VIGENCIA DE LA SOCIEDAD			
OBJETO SOCIAL					
<b>INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS</b>					
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)		CUENTA NÚMERO	ANTIGÜEDAD	
<b>REFERENCIAS COMERCIALES</b>					
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN		TELÉFONO	ANTIGÜEDAD	
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS O SERVICIOS OFRECIDOS</b>					
DETALLE:					
Declaro expresamente que:					
Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obliga a actualizarla anualmente. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.					
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento:					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL E IDENTIFICACIÓN			FIRMA		
			HUELLA		

**CONOCIMIENTO DEL CLIENTE  
CIRCULAR SARLAFT  
INFORMACIÓN GENERAL PARA VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES Y/O PROVEEDORES**

Descripción	PN	PJ
Nombre y Apellidos completos o Razón Social según el caso	X	X
Número de identificación: Cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, carné diplomático, pasaporte o NIT.	X	X
Nombre y Apellidos completos del Representante Legal y número de identificación		X
Dirección y teléfono del Representate Legal		X
Lugar y fecha de nacimietno	X	
Dirección y teléfono residencia	X	
Ocupación, oficio o profesión	X	
Declaración voluntaria de origen de los fondos	X	X
¿Maneja recursos públicos y/u ostente algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP). ¿Es servidor público?)	X	
¿Realiza operaciones internacionales? (Señale el tipo de peración: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras	X	X
Firma y huella del cliente/usuario. Será la del representante en caso de las personas jurídicas	X	X
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre e identificación del funcionari de la entidad que lo diligencia	X	X
Tipo de Contribuyente (Régimen común, Autorretenedor, Régimen simplificado, Régimen especial)	X	X
Código de actividad económica ante la DIAN (4 Dígitos)	X	X
Númeo de la cuenta bancaria autorizada para pagos y/o giros, Dirección y teléfono de oficina de la cuenta	X	X
Descripción de los artículos o servicios ofrecidos	X	X
Contacto Comercial con La ESE Hospital Universitario de La Samaritana	X	X

**PN: Identificación requerida del cliente persona natural  
PJ: Identificación requerida del cliente persona jurídica**