

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

**INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA N° 097  
PARA PRESENTAR PROPUESTA**

Granada Meta, 23 de enero de 2018

Señora  
**ROSA ELINA CAMPOS PERÉZ**  
Representante  
ESTACIÓN DE SERVICIO ALCARAVÁN DEL ARIARI  
Calle 25 No 11 – 170 las delicias  
Tel.: (098) 658 4484  
Granada - Meta

**ASUNTO: INVITACIÓN DIRECTA PARA EL SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Por medio de la presente invitación, nos permitimos dar a conocer las condiciones técnicas y económicas mínimas, para la prestación del servicio requerido así:

**OBJETO DEL FUTURO CONTRATO**

"SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE (GASOLINA CORRIENTE Y ACPM), PARA EL PARQUE AUTOMOTOR Y PLANTAS ELÉCTRICAS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E."

**RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE**

El proceso de selección y la comunicación de aceptación de la propuesta estarán sometidos a la legislación y jurisdicción Colombiana por ser esta una Empresa Social del Estado de categoría especial, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Título II del Libro II de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011; Que el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, establece que las Empresas Sociales del Estado se someterán al régimen contractual de derecho privado y se regirá por lo preceptuado en el estatuto interno de contratación acuerdo No. 203 de 2016, así como por las demás disposiciones legales que la complementen, modifiquen o reglamenten.

Para satisfacer la necesidad, se adelantara un contrato de compraventa, a través de la modalidad de contratación directa, procedimiento descrito en el artículo 15 del acuerdo 203 de 2016 de estatuto interno de contratación, en razón a que su presupuesto estimado no supera la cuantía de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales, que de conformidad al estudio de mercado y de acuerdo a la necesidad y a la condición financiera de la entidad, se estima por la suma de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$45.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, por lo cual la modalidad de selección es por Invitación directa.

	<p><b>" UN HOSPITAL PARA TODOS "</b>  CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  TELEFONO 6500510-6587800-6500521  LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informaciónhospitalgranada.gov.co">informaciónhospitalgranada.gov.co</a></p>	
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Vehículos y clase de combustible que se les debe suministrar:

COD	Vehículo	Tipo de combustible
1	Chevrolet modelo 2010 placa OCE-028.	ACPM
2	Chevrolet modelo 2006 placa OIX-137	Gasolina Corriente
3	Mercedes Benz Modelo 2008 placa OJQ-036.	ACPM
4	Nissan modelo 2010 placa OCJ-694.	ACPM
5	Nissan modelo 2006 placa OCD-706	ACPM
6	Camioneta Mitsubishi placa OIX-160.	ACPM
7	Camioneta Toyota placa DXY-018	Gasolina Corriente

La estación de servicio deberá contar como mínimo con sistema de control para el suministro de combustible, el cual se considera debe ser chip/ toda vez que con dicho sistema se monitorea y se controla de manera más eficaz el consumo de combustible en cada vehículo de la entidad.

### VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

**CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$45.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** suma que se encuentra amparada con el certificado de disponibilidad No. 00191 del 11 de enero de 2018, expedido por la profesional de presupuesto, el cual se encuentra en los rubros: Presupuesto de Gastos, gastos de funcionamiento, gastos generales, adquisición de bienes, mantenimiento hospitalario Código: BA211 los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2018.

### FORMA DE PAGO

El **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** reconocerá y pagará al contratista el valor del contrato de la siguiente manera: pagos parciales, por mensualidades vencidas, por el monto de la facturación del mes inmediatamente anterior, de acuerdo con el suministro efectivo del bien contratado, y de conformidad con las tirillas autorizadas de consumo efectuado, que reposen en el almacén general del HOSPITAL, previo informe de cumplimiento por parte del supervisor del contrato y certificación expedida por el Supervisor sobre el satisfactorio suministro. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Para efectuar los anteriores pagos se requerirá que El CONTRATISTA acredite que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, circunstancia que deberá ser verificada por el Supervisor del contrato como requisito para el pago, de conformidad con el parágrafo 1º. Del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. **PARAGRAFO PRIMERO:** El pago se realizará dentro de los noventa (90) días hábiles siguientes a la radicación de las órdenes de pago en la Tesorería del Hospital, junto con la factura y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor, previa aprobación del PAC. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital de

	<b>" UN HOSPITAL PARA TODOS "</b> CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informacion@hospitalgranada.gov.co">informacion@hospitalgranada.gov.co</a>	  

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

Granada a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley. **PARAGRAFO TERCERO:** Para el pago final se deberá formalizar acta de liquidación debidamente firmada entre las partes, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el valor total del contrato. **PARAGRAFO CUARTO:** EL Hospital Departamental de Granada E.S.E., sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

### PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será de cinco (05) meses, o hasta el agotamiento del presupuesto del contrato. Dicho plazo empezará a contarse a partir de la suscripción del acta de inicio. La vigencia general del contrato será por el término de ejecución del mismo y hasta su liquidación.

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR

#### OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir de manera eficiente y oportuna con las obligaciones contraídas en virtud del presente contrato
2. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato.
3. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y trabas que afecten el debido desarrollo.
4. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para brindar información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo.
5. Acatar las observaciones que formule el Hospital Departamental de Granada E.S.E., a través del supervisor durante la vigencia del contrato.
6. Dar noticia inmediata al supervisor del contrato de las novedades que puedan ocasionar la parálisis de la ejecución del contrato y ofrecer su pronta solución bajo su completa responsabilidad.
7. Mantener informado al Hospital Departamental de Granada E.S.E. de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato.

#### OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Atendiendo a la necesidad que el Hospital Departamental de Granada Meta, pretende satisfacer a través de la presente contratación, es importante garantizar que el contratista desarrolle mínimo las siguientes **obligaciones específicas:**

El contratista en desarrollo del objeto contractual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Suministrar oportunamente los combustibles (Gasolina y Diesel) requeridos por los vehículos al servicio del Hospital.
2. Tener disponibilidad permanente de servicio las 24 horas del día, para el suministro de combustibles.
3. Atender los requerimientos que en virtud de la ejecución del contrato le haga el Contratante.

	<p><b>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</b>          CALLE 15 CARRERA 2 Y 4          TELEFONO 6500510-6587800-6500521          LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informaciónhospitalgranada.gov.co">informaciónhospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

4. Presentar los certificados de pago de Aportes Parafiscales y Seguridad Social.
5. Actuar con eficacia y responsabilidad en la ejecución de las actividades objeto del contrato.
6. Informar oportunamente al Contratante sobre cualquier eventualidad que pueda afectar el desarrollo del contrato.
7. Sufragar todos los gastos que genere la ejecución del contrato con el fin de cumplir con el mismo en el término pactado.

### GARANTIAS

De conformidad con el inciso final del artículo 7 de la ley 1150 de 2007, y en concordancia con el artículo 26 del Acuerdo 203 de 2016, el Hospital Departamental de Granada Meta, considera pertinente la constitución de las pólizas que a continuación se describen:

Garantía	PRE- CONTRACTU AL	CONTRACTU AL	POST- CONTRACTU AL	APLICA		Porcentaje (%)	Plazo
				SI	NO		
Amparo de cumplimiento		X		X		20	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contadas a partir de la expedición de las garantías.
Calidad del Servicio		X		X		20	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contadas a partir de la expedición de las garantías.
Responsabilidad Civil Extracontractual		X		X		200 SMLMV	Igual al término de ejecución del contrato.

Esta garantía deberá presentarse a favor del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA con NIT 800.037.021-7, dentro del día hábil (1) siguiente a la fecha de suscripción del contrato y requerirá de la aprobación por parte del HOSPITAL.

**Parágrafo Primero.** En el evento de que el valor del contrato se adicione o su plazo de vigencia se prorrogue o se adicione el contratista ampliará lo correspondiente de acuerdo con la modificación que se suscriba.

### CAPACIDAD JURÍDICA

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 siguientes requisitos habilitantes.

- 1) Portafolio de Servicios con inclusión de tarifas
- 2) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio o autoridad competente para acreditar la antigüedad.
- 3) Fotocopia del documento de identidad del representante legal de la persona jurídica.

	<p><b>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</b>          CALLE 15 CARRERA 2 Y 4          TELEFONO 6500510-6587800-6500521          LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informaciónhospitalgranada.gov.co">informaciónhospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

- 4) Fotocopia de la libreta militar, si el proponente es persona natural hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida. En todo caso, para los hombres menores de 50 años, el Hospital podrá realizar verificación de conformidad con el Decreto 2150 de 1995.
- 5) Certificado de antecedente judiciales emitido por la Policía Nacional. En caso que los antecedentes judiciales del contratista o su representante legal reporte que alguno de estos presenta inhabilidad para contratar con el estado, conforme lo previsto en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011, la propuesta será RECHAZADA.
- 6) Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General De La Nación: El representante legal y de la persona jurídica no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan presentar la propuesta y celebrar el contrato. El Contratista deberá presentar el Certificado expedido por la Procuraduría General de la Nación, donde conste que No ha sido declarado responsable disciplinariamente y que no tienen inhabilidad por ese hecho.
- 7) CERTIFICADO DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES: De conformidad con lo previsto por el artículo 60 de la Ley 610 de 2000 y el parágrafo 1 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, persona natural y de la persona jurídica, no deben estar relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales.  
De conformidad con lo dispuesto por la Ley 962 de 2005 y la circular 005 del 25 de febrero de 2008, suscrita por el Contralor General de la República, el Ministerio verificará en la página web de la Contraloría General de la República.
- 8) REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT. Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.
- 9) CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES: Deberá aportar con su propuesta, una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de los aportes realizados durante el término de vigencia de la empresa y por lo menos durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003. Dicha certificación debe estar suscrita por el Revisor Fiscal de la sociedad si existe obligación legal de tenerlo, o en su defecto la certificación debe estar suscrita por el Representante Legal de la sociedad proponente. En caso de haber suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá el Revisor Fiscal o en su defecto el Representante Legal manifestar en la certificación que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

#### EXPERIENCIA ACREDITADA

El proponente deberá aportar en máximo tres (3) contratos, celebrados y ejecutados con entidades públicas y/o privadas o sus certificaciones respectivas expedidas por los contratantes, cuyo objeto sea igual o similar al del presente proceso de selección, y cuyo monto sea igual o superior al presupuesto oficial, para el efecto deberá tener en cuenta que:

- ✓ Solo se tendrán en cuenta contratos terminados.

	<p><b>“UN HOSPITAL PARA TODOS”</b>  CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  TELEFONO 6500510-6587800-6500521  LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informacionhospitalgranada.gov.co">informacionhospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-MI-F3	
		Versión 2	

- ✓ El proponente deberá acreditar la experiencia con certificaciones expedidas de contrato de compraventa y/o suministro de combustible por el contratante donde conste: objeto, valor, entidad contratante, contratista, fecha de suscripción, fecha de terminación y demás aspectos que permitan determinar la experiencia adquirida.
- ✓ Así mismo, se podrá acreditar la experiencia a través de copia del contrato y acta de liquidación, facturas y copias de los contratos, o cualquier documento idóneo donde conste la relación contractual y la experiencia adquirida.

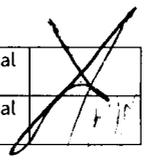
El Hospital Departamental de Granada E.S.E. entiende por objetos similares como la compraventa y/o suministro de combustible.

### CRONOGRAMA

Una vez establecidas las condiciones de la contratación y los requerimientos del Hospital Departamental de Granada E.S.E, hacemos extensiva la invitación de ser de su interés, le agradezco por favor hacernos llegar a la brevedad su propuesta de servicios según lo expuesto y de acuerdo a su conveniencia, y/o a más tardar el día 25 de enero de 2018, antes de las 14:30 hrs en la oficina de administración y gerencia del Hospital Departamental de Granada E.S.E, ubicado en la calle 15 entre carreras 2 y 4 Granada Meta.

Cordialmente,

  
**MONICA MARIA DELGADO PINILLOS**  
 GERENTE

<b>Proyectó y verifica:</b>	Luz Doris Cardona Rodríguez – Contrato de prestación de servicios No. 078 de 2018 - Hospital Departamental de Granada Meta	
<b>Revisó Técnico:</b>	Alirio Preciado Ramírez – Profesional Universitario Almacén - 2017 Hospital Departamental de Granada E.S.E.	

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

### ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVITACIÓN

Ciudad y fecha

Señores:

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Ciudad

\* 7

**REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA No. 97 DE 2017, PARA EL SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Respetados Señores

Nosotros los suscritos o el suscrito \_\_\_\_\_ actuando en (mi propio nombre persona natural o en representación de \_\_\_\_\_ (persona jurídica o natural –consorcio o unión temporal, según sea el caso) de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para la **“SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE (GASOLINA CORRIENTE Y ACPM), PARA EL PARQUE AUTOMOTOR Y PLANTAS ELÉCTRICAS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.”** y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. \_\_\_\_\_ y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).
- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.
- Que responderé (mos) por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.
- Que acepto (amos) las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.
- Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico \_\_\_\_\_

	<p><b>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</b>          CALLE 15 CARRERA 2 Y 4          TELEFONO 6500510-6587800-6500521          LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informaciónhospitalgranada.gov.co">informaciónhospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PRI-M1-F3	
		Versión 2	

- Que la propuesta tiene una validez de CINCO (5) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación Pública.
- El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE.

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que la propuesta tiene una validez de NOVENTA (90) Días contados a partir de la fecha de cierre del proceso.

Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS) \_\_\_\_\_(VALOR EN NUMEROS)\_\_\_\_\_M/CTE.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

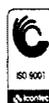
Atentamente,

Nombre y/o Razón Social \_\_\_\_\_  
 Nit \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
 FAX \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO (\*)

(\*) NOTA: **Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva.** Si es persona jurídica, **por quien conforme a la ley esté facultado;** Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

### ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION	PRECIO UNITARIO	IVA
1	DIESEL	GALÓN		
2	GASOLINA	GALÓN		

	<p><b>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</b>          CALLE 15 CARRERA 2 Y 4          TELEFONO 6500510-6587800-6500521          LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:información@hospitalgranada.gov.co">información@hospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-P1-PR1-M1-F3	
		Versión 2	

### VERIFICAR LOS ITEMS DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS

El valor total de la propuesta incluyendo impuestos es de (VALOR EN LETRAS), (\$ VALOR EN NUMERO) M/CTE.

Serán de exclusiva responsabilidad del contratista los errores u omisiones en que incurra al indicar el valor de su propuesta, debiendo asumir los mayores costos y/o pérdidas que se deriven de dichos errores u omisiones, sin que por esta razón haya lugar a alegar ruptura del equilibrio contractual.

Para efectos del señalamiento del precio ofrecido, el contratista debe tener en cuenta todos los costos, gastos, impuestos, seguros, pago de salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos que considere necesarios para la fijación de la propuesta económica, así como los servicios establecidos en la descripción técnica del objeto a contratar. Los contratistas deben tener en cuenta el valor de sus propuestas no pueden ser superiores al valor del presupuesto oficial asignado para el presente proceso, so pena de rechazo de las mismas.

La entidad verificará las operaciones aritméticas de cada uno de los componentes de los valores. En caso de presentarse error de esta índole se tendrá en cuenta el valor correcto para efectos de la adjudicación. El contratista deberá, en el momento de elaborar su propuesta, evitar formular condiciones económicas y de contratación artificialmente bajas, con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.

Cualquier diferencia entre las letras y números, hará prevalecer la expresión en letras sobre la de los números, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 623 del Decreto 410 de 1971. Código de Comercio.

\_\_\_\_\_  
 [Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]  
 Nombre: [Insertar información]  
 Cargo: [Insertar información]  
 Documento de Identidad: [Insertar información]  
 Ciudad:  
 Dirección:  
 Teléfono:

### ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

Señores  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

	<p><b>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</b>          CALLE 15 CARRERA 2 Y 4          TELEFONO 6500510-6587800-6500521          LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informaciónhospitalgranada.gov.co">informaciónhospitalgranada.gov.co</a></p>	
---	--	---

	<b>INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA</b>	GJ-PI-PRI-M1-F3	
		Versión 2	

Proceso de Contratación [Insertar información] [Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación [Insertar información].
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación [Insertar información].
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación [Insertar información] nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Transparencia, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

\_\_\_\_\_  
[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

	<b>“ UN HOSPITAL PARA TODOS ”</b> CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6500510-6587800-6500521 LINEA GRATUITA : 018000965050 <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:informaciónhospitalgranada.gov.co">informaciónhospitalgranada.gov.co</a>	  