



INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

INVITACION DIRECTA PARA PRESENTAR PROPUESTA No. 024 DE 2019

Granada Meta, 09 de enero de 2019

Señores

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA

NIT. 860524654-6

Representante Legal

RAMIRO ALBERTO RUIZ CLAVIJO

Calle 100 No. 9ª- 45 Piso 12

Tel. 6264330

Bogotá D.C.

1

**ASUNTO: INVITACIÓN DIRECTA PARA LA CONTRATAR CON UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE ESTABLECIDA EN COLOMBIA LOS SEGUROS QUE AMPAREN LOS INTERESES PATRIMONIALES, LOS BIENES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E, QUE ESTEN BAJO SU RESPONSABILIDAD CUSTODIA Y AQUELLOS QUE SEAN ADQUIRIDOS PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES INHERENTES A SU ACTIVIDAD Y CUALQUIER OTRA POLIZA DE SEGUROS QUE REQUIERA LA ENTIDAD EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD.**

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**

**“CONTRATAR CON UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE ESTABLECIDA EN COLOMBIA LOS SEGUROS QUE AMPAREN LOS INTERESES PATRIMONIALES, LOS BIENES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E, QUE ESTEN BAJO SU RESPONSABILIDAD CUSTODIA Y AQUELLOS QUE SEAN ADQUIRIDOS PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES INHERENTES A SU ACTIVIDAD Y CUALQUIER OTRA POLIZA DE SEGUROS QUE REQUIERA LA ENTIDAD EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD.”**

**RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE**

Para satisfacer la necesidad, se adelantara un contrato de Seguros, 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 igual sentido el Artículo 18 del Referido Acuerdo establece algunos procesos de selección de contratación directa sin importar la cuantía en algunos procesos contractuales, entre otros: d) contratos de seguros en razón a que su presupuesto estimado no supera la cuantía de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales, que de conformidad al histórico de los procesos contractuales y de acuerdo a la necesidad y a la condición financiera de la entidad, se estima por la suma de **TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS (\$346.670.686.oo) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, por lo cual la modalidad de selección es, por Invitación directa.



**“UN HOSPITAL PARA TODOS”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



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

Que tratándose de la modalidad de selección se invita a un proveedor inscrito en el registro de proveedores de la institución.

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Para la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, el contratista debe contemplar y tener en cuenta las normas aplicables al objeto contractual y cumplir con las especificaciones técnicas y condiciones mínimas señaladas en el presente estudio previo.

2

#### TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES:

##### AMPARO BÁSICO:

- **Todo Riesgo Daños Materiales:** con excepción de las exclusiones expresamente mencionadas en las Condiciones Generales (clausulado) de la póliza, incluyendo, pero no limitado a Incendio y/o Rayo; Humo, Explosión, Daños por agua (Inundación y Anegación); Avalancha, Derrumbe y/o Deslizamiento; y *Extended Coverage* (Huracán, Tifón, Ciclón, Granizo, Vientos y Lluvias Fuertes, Choque o Impacto de vehículos terrestres, aeronaves, animales, árboles, postes, avisos, vallas); y los Actos de Autoridad, como también siempre que estos bienes se encuentren dentro de los predios asegurados, así estén en uso, inactivos, o se encuentren en curso de desmontaje para revisión, mantenimiento, reparación, renovación, acondicionamiento o fines similares y/o su posterior montaje, o que hayan sido trasladados a otros predios asegurados bajo la presente póliza y ubicados en el territorio nacional.
- **Gastos Adicionales:** en caso de pérdidas o daños de los bienes asegurados ocasionados por un evento amparado por la cobertura básica o las coberturas opcionales y/o adicionales suscritas bajo la presente póliza, se indemnizarán los costos o gastos definidos a continuación, necesarios, razonables, y que no tengan carácter de permanente. De igual forma, la suma máxima que la aseguradora indemnizará por uno, varios o todos los Gastos Adicionales antes mencionados en caso de siniestro y que se afecten en un solo evento, en ningún caso será superior al veinte (20%) por ciento de la suma asegurada de los bienes afectados por el siniestro.
  - Gastos para Remoción de Escombros.
  - Gastos para Preservación de Bienes.
  - Gastos para la Extinción del Siniestro.
  - Gastos para Honorarios Profesionales.
  - Gastos para Honorarios de Auditores, Revisores y Contadores.
  - Gastos de Viaje y Estadía.
  - Gastos para la Reposición de Documentos.
  - Gastos por concepto de Horas Extras, trabajo nocturno y en días feriados y Flete Expreso.
  - Gastos por Flete Aéreo.
  - Portadores Externos de Datos.
  - Gastos para la obtención de licencias y permisos para reconstruir el inmueble asegurado (solo cuando se ampara edificaciones).

##### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

- **AMIT (Actos mal intencionados de terceros), HMACCoP (Huelga, motín, asonada, conmoción civil o popular), y Terrorismo;** al 100% del valor asegurado.
- **Terremoto, Temblor, Erupción Volcánica, Maremoto o Tsunami;** al 100% del valor asegurado.
- **Rotura de Maquinaria;** al 100% del valor asegurado.
- **Equipo Eléctrico y Electrónico;** al 100% del valor asegurado.
- **Equipos Móviles y Portátiles (Movilización);** al 100% del valor asegurado.
- **Hurto Calificado;** sublímite a Primera Perdida Relativa del 100% del valor asegurable total de todos los contenidos asegurados en la póliza, en todo caso sin que supere los Cop \$5.000.000.000 por evento y vigencia.
- **Hurto Simple;** sublímite a Primera Perdida Relativa del 100% del valor asegurable total de todos los contenidos asegurados en la póliza, en todo caso sin que supere los Cop \$500.000.000 por evento y vigencia.
- **Todo Riesgo Sustracción (Equipos de Ambulancias);** sublímite a Primera Perdida Relativa del 100% del valor asegurable total de todos los contenidos asegurados en la póliza, en todo caso sin que supere los Cop \$500.000.000 por evento y vigencia. Sujeto a que como máximo treinta (30) días una vez iniciada la vigencia, el tomador y asegurado suministre la relación detallada y valorizada de tales equipos.
- **Rotura Accidental de Vidrios;** sublimitado al 10% del valor asegurado de la edificación amparada y afectada, por evento y vigencia.

3

### **BASE DE VALORACION ASEGURABLE:**

- Edificio a Valor de Reconstrucción a Nuevo, incluyendo adecuación a la Norma de Sismo resistencia NSR-10 y/o vigente.
- Contenidos a Valor de Reposición y/o Reemplazo a Nuevo.
- Mercancías a Valor Costo, sin incluir ganancia alguna.

### **EXTENSIONES AUTOMATICAS Y DEMAS ANEXOS DE COBERTURA:**

- **Amparo Automático de Nuevas Propiedades (Edificios):** limitado al 20% del valor asegurado en Edificios, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Amparo Automático de Nuevos Bienes (Contenidos):** limitado al 20% del valor asegurado en Contenidos, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Labores y Materiales (Edificios):** limitado al 20% del valor asegurado en Edificio, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Traslados Temporales de Bienes (Contenidos), para fines exclusivos de limpieza, mantenimiento y reparación:** limitado al 50% del valor asegurado en Contenidos, con aviso a la compañía y permanencia -ambos-, de treinta (30) días. Excluye transporte, daños durante el transporte, cargue y descargue, y movilizaciones por sus propios medios.
- **Amparo Automático para Nuevos Equipos instalados en reemplazo de los amparados inicialmente (Contenidos):** limitado al 20% del valor asegurado en Contenidos, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Movilización de Bienes:** limitado al 10% del valor asegurado de contenidos, para todos los bienes, equipos, maquinaria, mercancía, muebles y enseres, y contenidos en general que se encuentren dentro del mismo predio asegurado donde la caratula de la póliza los reporta, y que sean movilizadas para su uso, cambio de ubicación o reubicación, mantenimiento o reparación, estarán amparados contra los mismos riesgos que figuren en la póliza o en sus anexos.
- **Bienes Fuera de Edificios:** limitado al 10% del valor asegurado de contenidos. Mediante el presente anexo se extiende a amparar los bienes especificados en la caratula de la póliza,



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**



CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



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

mientras se encuentren fuera de los edificios, siempre y cuando se hallen dentro de los predios ocupados por el Asegurado y su construcción haya sido diseñada para tal fin.

- **Bienes bajo Cuidado, Tenencia y Control:** exclusivamente para bienes declarados y se excluye el Hurto en todas sus modalidades, como también cualquier pérdida a bienes que se tengan bajo contrato de arrendamiento. Sublímite de Cop \$15.000.000 evento y Cop \$30.000.000 vigencia.
- **Gastos por Arrendamiento de Equipo Electrónicos y Maquinaria y Equipo:** siempre y cuando se deba a un siniestro amparado en la póliza, ampara los gastos que necesaria y razonablemente incurra el asegurado al usar o alquilar equipos o maquinaria, que no esté asegurada bajo la póliza a la cual este amparo adicional se adhiere, como consecuencia de la pérdida o daño material de los equipos o maquinaria asegurados causados por cualquiera de los eventos cubiertos en la póliza, y que den lugar a una interrupción total o parcial de la operación de dichos equipos o maquinaria. Sublímite de Cop \$15.000.000 evento y Cop \$30.000.000 vigencia.
- **Daños por Fallas en Equipos de Climatización:** en adición a los términos, exclusiones, cláusulas y demás condiciones contenidas en la póliza, se extiende a cubrir los daños o pérdidas del equipo de procesamiento electrónico de datos asegurado, causados por un daño en las fallas de los equipos de climatización indemnizable bajo la póliza, excluyendo toda pérdida ocasionada por instalación y montaje de tales equipos de climatización. Sublímite de Cop \$15.000.000 evento y Cop \$30.000.000 vigencia.

4

**DEMÁS CONDICIONES Y/O CLAUSULAS:**

- **Valor de Reposición a Nuevo:** se entiende como valor de reposición a nuevo la cantidad que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma clase, marca, características y capacidad, incluyendo el costo de transporte, montaje y derechos de aduana si hubiere lugar a ello. En pérdidas parciales no habrá aplicación de depreciación y/o demerito por uso.
- **Aplicación de Infraseguro:** si en el momento de ocurrir cualquier pérdida o daño a los bienes asegurados, éstos tienen un valor superior a la suma asegurada estipulada en la presente póliza y/o sus anexos, el asegurado será considerado como su propio asegurador por la diferencia entre las dos sumas y por lo tanto soportará la parte proporcional que le corresponda de dicha pérdida o daño.
- **Definición de Sublímite:** incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
- **Índice Variable:** en caso de ser contratado con su respectivo cobro de prima y aparición en la caratula de la póliza, es el porcentaje definido por el asegurado calculable sobre la vigencia de la póliza, con el cual se incrementan los valores asegurados con el fin de mantenerlos actualizados.
- **Cláusula de 72 Horas para eventos de la naturaleza:** para el caso de pérdidas a consecuencia de terremoto, temblor o erupción volcánica, y demás eventos de la naturaleza, donde varios de estos fenómenos ocurren dentro de cualquier periodo de 72 horas consecutivas, se tendrán como un solo siniestro y las pérdidas o daños que se causen deben estar comprendidos, en una sola reclamación, sin exceder del total de la suma asegurada.
- **Derechos sobre el Salvamento:** en primera opción, el asegurado participara proporcionalmente en la venta del salvamento teniendo en cuenta el deducible y el infraseguro, cuando hubiere lugar a este último. Se entiende por salvamento neto el valor resultante de descontar del valor de venta del mismo los gastos realizados por la compañía tales como los necesarios para la recuperación y comercialización de dicho salvamento.
- **Restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro con cobro adicional de prima, excepto para AMIT, HMAcCoP y Terrorismo. Para las coberturas y/o anexos sublimitados no habrá tal restablecimiento:** en caso de siniestro o pérdida amparada por

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a>			



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



la presente póliza, la suma asegurada podrá ser restablecida una sola vez, previa solicitud por escrito del asegurado, y hasta por el valor indemnizado, con la obligación por parte del asegurado de pagar la prima liquidada a prorrata del monto restablecido desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza.

- **No se renuncia a la Subrogación y a la Aplicación de Infraseguro.**
- **Designación de Ajustadores:** según listado que tiene el Hospital Departamental de Granada E.S.E., y de común acuerdo con la aseguradora.
- **Anticipo de Indemnización del 50%:** una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
- **Cláusula de Revocación:** treinta (30) días; para AMIT, HMACCoP y Terrorismo será de diez (10) días.
- **Aviso de Siniestro:** treinta (30) días.
- **Conocimiento del Riesgo:** siempre y cuando haya sido inspeccionado por la aseguradora.
- **Cláusula de Arbitramento:** las diferencias que surjan entre las partes del contrato serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
- **No concurrencia de deducibles:** de presentarse un evento indemnizable bajo la presente póliza que afecte dos o más artículos o bienes amparados y, si en los mismos figuran deducibles mínimos diferentes, para los efectos de la liquidación del siniestro se aplicara el menor de los deducibles.
- **Valor Real:** entendido como el valor de reposición o reemplazo menos el demérito por uso y/o vetustez. Para el caso de los Equipos Electrónicos, y la Maquinaria y Equipo, aplicaran las Tablas de Demerito determinadas en las Condiciones Generales (clausulado) de la póliza.
- **Experticio Técnico:** de existir discrepancia entre la Compañía y el Hospital Departamental de Granada E.S.E. en cuanto sí el siniestro constituye una pérdida total o parcial o con relación a otros aspectos de orden técnico, la situación será sometida a decisión de ingenieros, peritos o técnicos expertos en la actividad que desarrolla el asegurado, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del código del comercio.
- **No Concurrencia de Deducibles:** de presentarse un evento indemnizable bajo la presente póliza que afecte dos o más artículos o bienes amparados y, si en los mismos figuran deducibles mínimos diferentes, para los efectos de la liquidación del siniestro se aplicara el menor de los deducibles.

### **DEDUCIBLES:**

#### **Aplicables para Daños:**

- **Terremoto, Temblor, Erupción Volcánica, Maremoto, Marejada y Tsunami:** 3% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **AMIT, HMACC y Terrorismo:** 2% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **Demás Eventos:** Sin deducibles
- **Rotura Accidental de Vidrios:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 0.5 SMMLV.

#### **Aplicables para Hurto y/o Sustracción:**

- **Hurto Calificado:** 5% del valor de la pérdida, sin mínimo.
- **Hurto Simple:** 5% del valor de la pérdida, sin mínimo.
- **Todo Riesgo Sustracción:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

#### **Aplicables para Equipo Electrónico:**

- **Daño Interno:** Sin deducibles.
- **Hurto Calificado:** 5% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **Hurto Simple:** 5% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



- **Movilización (Equipos Móviles y Portátiles):** 2% del valor de la pérdida, mínimo 0.5 SMMLV.
  - **Demás Eventos:** Sin deducibles.
- Aplicables para Rotura de Maquinaria:**
- **Rotura de Maquinaria:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
  - **Demás Eventos:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.

**EXCLUSIONES:**

Además de las indicadas en el Condicionado General (clausulado), esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, perjuicio, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por alguna de las siguientes causas:

- Eventos que afecten artículos o bienes que se encuentren fuera de las edificaciones, a menos que dichos artículos o bienes estén diseñados o que por su naturaleza puedan o deben estar fuera de estas.

**GARANTIAS:**

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el Hospital Departamental de Granada E.S.E., que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

**BIENES MUEBLES E INMUEBLES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

La aseguradora deberá tener en la propuesta el amparo y los valores según aquí lo expuesto del valor asegurar.

BIENES ASEGURAR	VALOR ASEGURAR	AMPARO
EDIFICIO	\$30.000.000.000	INCENDIO
MUEBLES Y ENSERES	\$546.976.677	INCENDIO
VEHICULOS EN REPOSO	\$10.000.000	INCENDIO
ROTUR DE MAQUINARIA	\$2.120.281.721	INCENDIO
DINEROS	\$20.000.000	INCENDIO
MUEBLES Y ENSERES	\$546.976.677	SUSTRACCIÓN
VEHICULOS EN REPOSO	\$10.000.000	SUSTRACCIÓN
ROTURA DE MAQUINARIA	\$2.120.281.721	SUSTRACCIÓN
DINEROS	\$20.000.000	SUSTRACCIÓN
SUSTRACCIÓN TODO RIESGO	\$483.249.761	STR
EQUIPOS ELECTRONICOS FIJOS	\$3.854.752.372	CD
EQUIPOS MOVILES	\$89.087.647	CD
EQUIPOS MEDICINA	\$26.526.363.889	CD
ROTURA DE MAQUINARIA	\$2.120.281.721	RM
MANEJO GLOBAL	\$250.000.000	MG
AUTOMOVILES	\$415.900.162	AU
TRANSPORTE DE VALORES	912.000.000	
SEGURO OBLIGATORIO	LO ESTABLECE LA LEY	SOAT

**PÓLIZA AUTOMÓVILES**



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



El asegurador deberá garantizarle al Hospital Departamental de Granada E.S.E. los perjuicios, daños o pérdidas que sufra el asegurado, de acuerdo con las condiciones generales y las particulares indicadas.

PLACA	MODELO	MARCA	CLASE	ACCESORIOS	VALOR ASEGURAR
OXI137	2006	CHEVROLET	FURGON	\$44.250.000	\$70.250.000
OCD706	2006	NISSAN	CAMIONETA	\$44.250.162	\$74.650.162
DXY018	2004	TOYOTA	PICKUP	\$0	\$30.000.000
OIX160	2010	MITSUBISH	CAMPERO	\$0	\$66.500.000
CCJ694	2010	NISSAN	CAMIONETA	48.800.000	\$89.100.000
OJQ036	2008	MERCEDES BENZ	SPRINTER 313 MT 2150CC TD	45.000.000	\$85.400.000
<b>TOTAL</b>				<b>\$182.300.162</b>	<b>\$415.900.162</b>

### COBERTURAS

1. Responsabilidad Civil Extracontractual
  - a. Daños a bienes de terceros \$200.000.000
  - b. Muerte o lesión a una persona \$200.000.000
  - c. Muerte o lesión a dos o más personas \$400.000.000
2. Pérdida total por daños
3. Pérdida parcial por daños
4. Pérdida total por hurto
5. Pérdida parcial por hurto
6. Terremoto
7. Protección patrimonial
8. Asistencia jurídica integral
9. Reembolso de gastos Exequiales
10. Asistencia
11. Terrorismo y otros eventos

DEDUCIBLES: Sin deducibles.

### CLAUSULAS ADICIONALES

1. Actos de autoridad
2. Amparo automático de nuevos vehículos \$100.000.000 y aviso 30 días.
3. Amparo automático de nuevos accesorios y equipos \$ 10.000.000 aviso 30 días.
4. Ampliación aviso de siniestro a 30 días.
5. No inspección para vehículos de la póliza. No inspección de vehículos nuevos. Inspección de vehículos que sean incluidos con posterioridad a la póliza.

### SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Fechas de caducidad de las vigencias de los Seguros Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT de los vehículos de propiedad del Hospital Departamental de Granada E.S.E.



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



FECHA DE VENCIMIENTO	PLACA	MARCA	MODELO
25/05/2019	DXY018	TOYOTA	2004
27/05/2019	OIX160	MITSUBISHI	2010
30/07/2019	OCJ694	NSSAN	2010
29/09/2019	OCD706	NISSAN	2006
29/10/2019	OJQ036	MERCEDES BENZ	2008
29/10/2019	OIX137	CHEVROLET	2006

8

Las tarifas como las coberturas están reguladas por el Gobierno Nacional.

1. Gastos de transporte y movilización de las víctimas: Hasta 10 SMDLV
2. Gastos Médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios: Hasta 800 SMDLV
3. Incapacidad permanente: Hasta 180 SMDLV
4. Indemnización por muerte y funerarios: Hasta 750 SMDLV.

**AMPARO BASICO SEGURO MANEJO GLOBAL OFICIAL:**

La póliza deberá otorgar amparo a los organismos contra los riesgos que impliquen menoscabo de fondos y bienes, causados por sus empleados en el ejercicio de los cargos amparados, por actos que se tipifiquen como delitos contra la administración pública o fallos con Responsabilidad Fiscal. El amparo se extiende a reconocer el valor de la Rendición o Reconstrucción de Cuentas que se debe llevar a cabo en los casos de abandono del cargo o fallecimiento del empleado del Hospital Departamental de Granada E.S.E.

**AMPAROS ADICIONALES:**

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

- **Pérdidas causadas por Empleados no Identificados:** sublimitado al 50% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia. La pérdida económica que sufra el Hospital Departamental de Granada E.S.E. cuando no fuere posible identificar los autores de los hechos que han causado una pérdida económica derivada de la comisión de los delitos objeto de esta cobertura, por la apropiación indebida de dinero u otros bienes de propiedad del asegurado, siempre y cuando de las pruebas obtenidas se establezca concluyentemente que la pérdida económica se atribuye a un delito amparado, cometido por uno, o varios de los empleados del Hospital.
- **Pérdidas causadas por Empleados de Firmas Especializadas:** sublimitado al 50% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia. La pérdida económica que sufra el Hospital Departamental de Granada E.S.E. por actos que se tipifiquen como delitos contra la administración pública, por personas vinculadas al asegurado en forma indirecta ya sea que pertenezcan a empresas de servicios temporales o firmas externas de servicios especializados, siempre y cuando estén cumpliendo con el reglamento interno de trabajo del Hospital.
- **Protección de Depósitos Bancarios:** sublimitado al 50% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia. Este anexo se extiende a cubrir hasta el límite declarado en la carátula de la póliza, las pérdidas que el asegurado sufra cuando a los dineros depositados en su cuenta corriente o de ahorros que mantenga con una entidad bancaria o financiera debidamente autorizada por la ley, siempre y cuando dicha pérdida se deba a falsificación o





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



adulteración de un cheque, letra de cambio, pagaré, carta de crédito o cualquier otra clase de título valor que el banco o la entidad financiera presuma que ha sido firmado, endosado o avalado por el asegurado o por una persona que obre en su nombre o representación; el amparo del presente anexo se hace extensivo a los siguientes eventos:

- I. Cualquier cheque o giro hecho en nombre del Hospital Departamental de Granada E.S.E., sea pagadero a una persona ficticia, y endosado o pagado a nombre de dicha persona.
- II. Cualquier cheque o giro hecho o girado en transacción por el Hospital Departamental de Granada E.S.E. o su representante legal en este caso la Gerente, a favor de un tercero y entregado al representante de este, que resulte endosado o cobrado por persona distinta de aquel a quien se giró.
- III. Cualquier cheque o giro con destino al pago de salarios que, habiendo sido girado u ordenado por el Hospital Departamental de Granada E.S.E., resultare endosado o cobrado por un tercero obrando supuestamente a nombre del girador o de aquel a quien se debía hacer el pago.
- IV. Habrá cobertura para cualquiera de los hechos descritos arriba siempre que puedan ser clasificados como falsificación o adulteración de conformidad con las leyes colombianas.
- V. Los facsímiles de firmas estampados por medio de máquinas serán considerados como firmas autógrafas.

### **MODALIDAD DE COBERTURA:**

Siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.

### **DEDUCIBLES:**

- **Cajas Menores:** sin aplicación de deducibles.
- **Amparo Básico:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.
- **Demás Eventos:** 15% del valor de la pérdida, mínimo 3 SMMLV.

### **EXCLUSIONES:**

La póliza no ampara la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, perjuicio, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por alguna de las siguientes causas, como también por las indicadas en el Condicionado General (clausulado):

- Mermas.
- Faltantes de Inventarios.
- Desapariciones Misteriosas.
- Bienes bajo Cuidado, Tenencia y Control.

### **DEMÁS CONDICIONES Y/O CLAUSULAS:**

- **Amparo automático de Nuevos Cargos y Empleados:** Con aviso a la compañía de diez (10) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Restablecimiento de la suma asegurada, hasta por una (01) vez por el límite inicialmente pactado, con cobro de prima y a sujeción de la aseguradora.**
- **Anticipo de Indemnización del 50%:** Una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.





**“UN HOSPITAL PARA TODOS”**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4  
TELEFONO 6500510-6587800-6500521  
LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



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

- **Designación de Ajustadores:** Según listado del Hospital Departamental de Granada E.S.E., remita a la aseguradora.
- **Denominación de Cargos:** Se otorga cobertura a todos los cambios en la denominación de los cargos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando continúen desempeñando las mismas funciones del cargo inicialmente amparado.
- **Cláusula de Revocación:** Treinta (30) días.
- **Aviso de Siniestro:** Treinta (30) días.
- **Restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro con cobro adicional de prima:** En caso de siniestro o pérdida amparada por la presente póliza, la suma asegurada podrá ser restablecida una sola vez, previa solicitud por escrito del asegurado, y hasta por el valor indemnizado, con la obligación por parte del asegurado de pagar la prima liquidada a prorrata del monto restablecido desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza, máximo hasta el 50% del valor asegurado.
- **Cláusula de Revocación:** Sesenta (60) días
- **Cláusula de Arbitramento:** Las diferencias que surjan entre las partes del contrato serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

10

**AMBITO TERRITORIAL:**

- **Jurisdicción y Legislación aplicable:** colombiana.

**GARANTIAS:**

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

La entidad pública (Hospital Departamental de Granada E.S.E.) contratante no contraerá ninguna obligación y/o relación laboral, ninguna obligación de tal naturaleza corresponde al HOSPITAL y éste no asume responsabilidad solidaria alguna.

**CONDICIONES TÉCNICAS SEGURO TRANSPORTE DE VALORES AUTOMATICO**

**INTERES ASEGURABLE**

Dinero en efectivo, cheques y títulos valores propiedad del asegurado, incluyendo aquel sobre los cuales tenga interés asegurable.

**ESTRUCTURA DE COBERTURA – AMPARO BÁSICO**

Amparo básico con pérdida total.

**ESTRUCTURA DE COBERTURA – AMPARO ADICIONALES OPCIONALES:**

Huelga, AMIT, HMACCoP y Terrorismo.



Permanencia. Dentro y fuera de Caja de seguridad, hasta por 24 Horas.

**PROYECCIÓN ANUALIZADA DE MOVILIZACIONES**

NOVECIENTOS DOCE MILLONES DE PESOS (\$912.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

**LIMITES ASEGURADOS POR DESPACHO**

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

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

DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

- Mensajero

### TRAYECTOS ASEGURADOS

Desde la oficina del Hospital Departamental de Granada E.S.E. hasta las diferentes entidades financieras o destino final a nivel nacional, territorial y local y viceversa.

11

### MEDIO DE TRANSPORTE

Terrestre

### DEDUCIBLES

Permanencia: 10% del valor total del despacho de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

Demás eventos: 10% del valor total del despacho de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.



### VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

**TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS (\$346.670.686.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** suma que se encuentra amparada con el certificado de disponibilidad No. 00073 del 09 de enero de 2019, expedido por la profesional de presupuesto, el cual se encuentra en los rubro: PRESUPUESTO DE GASTOS, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO, GASTOS GENERALES, Adquisición de Servicios, Otros Código: B0A020202 los cuales serán pagaderos con el presupuesto del año 2019.

### FORMA DE PAGO

El **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato, así: Mediante actas parciales de acuerdo a la expedición de las pólizas que requiera la entidad en atención al vencimiento de cada una de ellas, dichos pagos se realizarán previa certificación o informe de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, presentación de la factura y/o cuenta de cobro respectiva junto con la certificación de pago de parafiscales. El pago estará sujeto igualmente al cumplimiento de los trámites administrativos a que haya lugar. Los documentos soporte para el pago deberá ser avalado por el supervisor del contrato. HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. Los pagos se efectuarán al CONTRATISTA dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la radicación de la factura y la certificación de cumplimiento, siempre y cuando la documentación presentada haya sido aprobada por el área encargada del trámite de pago, de conformidad con el artículo 617 del Estatuto Tributario, previo visto bueno del supervisor y certificación del pago de la seguridad social. El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital Departamental de Granada E.S.E. 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 y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., sólo adquiere obligaciones con el contratista favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros. **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 Pagaduría del Hospital de 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

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

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

descuentos de ley. **PARAGRAFO TERCERO:** Al momento de la finalización del plazo del contrato 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

12

El plazo de ejecución del contrato será de ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO que va hasta el día 20 de diciembre de 2019. 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

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. El contratista deberá expedir las pólizas de seguros en las condiciones, coberturas, vigencias y valores asegurados señalados en la propuesta la cual hace parte integral del presente contrato.
2. Que el CONTRATISTA se obliga a entregar las pólizas que la entidad requiera en el término de diez (10) días.
3. Contar con la disponibilidad de recurso y apoyo logístico para el desarrollo del objeto contractual.
4. Garantizar la oportunidad en el servicio contratado.
5. Garantizar lo ofertado en la propuesta presentada.
6. Certificar que se encuentra a paz y salvo con el Sistema De Seguridad Social Integrado.
7. Presentar oportunamente la correspondiente factura o cuenta de cobro en original y copia, debidamente diligenciada para la certificación del supervisor y posterior trámite de pago.
8. El Asegurador está obligado a entregar el original al tomador. La póliza o contrato de seguro debe contener los elementos esenciales contemplados en el Artículo 1045, sin los cuales el contrato no producirá efecto alguno.
9. Las Pólizas deberán contener los requisitos esenciales, también debe contener los requisitos establecidos en el Artículo 1047 Del Código De Comercio.
10. La cobertura de los Amparos de las pólizas se realizaran Desde La 00:00 Hrs Del Día 26 De Enero De 2019.
11. La cobertura de los amparos de las pólizas se realizaran Desde La 00:00 Hrs Del Día 26 De Enero De 2019 Hasta Las 00:00 HRS del 26 de enero de 2020.
12. El seguro Obligatoria Contra Todo Riesgo SOAT, deberá ser expedidos conforme al cuadro descriptivo de los vehículos del parque automotor de la ESE, de acuerdo a las fechas de caducidad de la vigencia de cada uno, conforme al Decreto 2544 de 1987, las tarifas como las coberturas están reguladas por el Gobierno Nacional.

### GARANTIAS

De conformidad con el inciso final del artículo 7 de la ley 1150 de 2007 "*Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro (...) atendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago, así como en los demás que*

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>			
---	--	---	---	---



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

señale el reglamento", y en concordancia con el artículo 26 del acuerdo 203 de 2016, el Hospital Departamental de Granada Meta, no demandara por parte del contratista la exigencia de garantías, que según cuantía del proceso y a la naturaleza del contrato, cuyo pago está condicionado al recibo a entera satisfacción del bien contratado, la entidad no considera necesaria la constitución de pólizas que garanticen el cumplimiento del contrato.

### CAPACIDAD JURÍDICA

13

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.

La oferta deberá presentarse en un sobre sellado con el nombre del proponente en su exterior, el cual contendrá la propuesta económica debidamente firmada con los documentos que acreditan su capacidad e idoneidad para contratar.

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: De acuerdo con el contenido del modelo suministrado (Anexo No. 1 de la Invitación), suscrita por el representante legal de la persona jurídica, o por la persona natural proponente.
2. Oferta económica (Anexo No. 2 de la invitación - determinación clara y precisa del valor a ofertar en moneda nacional corriente, el cual no podrá exceder el valor del presupuesto oficial).
3. Propuesta de servicios con las especificaciones técnicas del servicio.
4. Compromiso de Transparencia (Anexo No. 3 de la invitación) el oferente apoya y está de acuerdo a las políticas y acciones del Estado en fortalecer la transparencia, y no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para la celebración de contratos.
5. Hoja de Vida de la Función Pública para persona Jurídica.
6. Declaración juramentada de bienes y rentas de la persona jurídica.
7. Fotocopia del documento de identidad del proponente persona natural o del representante legal del proponente persona jurídica, personas naturales Colombianas deberán presentar copia de su Cédula de Ciudadanía Las personas naturales extranjeras, deberán acreditar su existencia mediante la copia de su pasaporte, y si se encuentran residenciadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad Colombiana competente.
8. 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.
9. El proponente persona jurídica deberá acreditar su existencia y representación legal mediante la presentación con la oferta, del certificado correspondiente, ( o persona natural cuando sea comerciante) cuya fecha de expedición no deberá ser anterior a los treinta (30) días calendario previos a la fecha de cierre del presente proceso de contratación, adicionalmente se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

El objeto social del oferente debe permitir la actividad, gestión y operación que se solicita en este proceso de contratación y en el contrato que de él se derive.

Para contratar, la persona jurídica oferente deberá demostrar que su duración no será inferior a la duración del contrato y un (1) año más contado a partir de la fecha de liquidación del mismo.

Autorización del órgano social competente, si el representante legal tiene limitadas las facultades para comprometer al oferente.



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



Si la participación es en forma conjunta, los consorcios o uniones temporales en su conformación deberán cumplir con los requisitos previstos en el artículo 7° de la Ley 80 de 1993 y demás normas complementarias; efecto para lo cual debe adjuntar el documento de constitución del consorcio o unión temporal. Igualmente cada uno de ellos debe acreditar su existencia y representación, cumpliendo además con todos los requisitos señalados con antelación.

14

Adicionalmente en atención a lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, los integrantes del Consorcio o Unión Temporal en el documento de constitución deben manifestar en el documento de conformación y para efectos del pago en relación con la facturación:

Si la va a efectuar en representación del consorcio o la unión temporal uno de sus integrantes, caso en el cual se debe informar el número del NIT de quien factura.

Si la va realizar el consorcio o unión temporal con su propio NIT, hecho que se debe indicar en el documento de conformación. Además se debe señalar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. En este caso, para efectos de la inscripción en el Registro Único Tributario deberán tener en cuenta lo dispuesto en el Decreto 2645 de 2011.

El impuesto sobre las ventas discriminado en la factura que expida el Consorcio o Unión Temporal, deberá ser distribuido a cada uno de sus miembros de acuerdo con su participación en las actividades gravadas que dieron lugar al impuesto, para efectos de ser declarado.

En cualquiera de las alternativas anteriores, las facturas deberán cumplir los requisitos establecidos en las disposiciones legales.

En el evento que el adjudicatario sea un consorcio o unión temporal que dentro de los términos de la asociación haya pactado la facturación a nombre del consorcio o unión temporal deberá allegar para la firma del contrato el RUT correspondiente.

Si la actividad comercial del oferente persona natural, o el objeto social de alguna de las personas jurídicas que conforman el consorcio o la unión temporal, no se encuentra acorde con el objeto a contratar, la oferta será rechazada.

Igualmente, cuando el oferente sea un consorcio o unión temporal, cada parte constitutiva deberá presentar los documentos de que trata este numeral.

10. PERSONAS NATURALES INSCRITAS EN EL REGISTRO MERCANTIL. Si se trata de personas naturales deberán acreditar su inscripción mediante copia del registro mercantil no mayor a treinta (30) días, en el cual se acredite que su actividad comercial le permite ejecutar los servicios objeto del presente proceso de contratación. En caso de no estar inscrito deberá presentar el Registro Único Tributario - RUT correspondiente, en donde demuestre que desarrolla una actividad similar al de la presente contratación.
11. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio o autoridad competente para acreditar la antigüedad.
12. Las personas naturales deben acreditar lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, es decir, encontrarse afiliados al régimen de pensiones y salud. Y en caso de personas jurídicas deberán acreditar que se encuentran al día en el pago de Aportes a la Seguridad Social Integral y



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

parafiscales, debidamente suscrita por el representante legal o el revisor fiscal, de conformidad con el art 50 de la ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

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.

13. Registro Único Tributario. RUT. Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.
14. Certificado de antecedentes disciplinarios expedidos por la Procuraduría General de la Nación, en el evento en que el proponente no lo aporte con su propuesta, el Hospital según lo señalado en la ley 1238 de 2008 lo consultará y dejará el registro de la consulta.
15. Certificado de No Inclusión en el Boletín de Responsables Fiscales expedido en la Contraloría General de la Republica, en el evento en que el proponente no lo aporte el Hospital realizará la consulta y dejará constancia de la misma.
16. Fotocopia del certificado de antecedentes judiciales vigente expedido por la Policía Nacional, del proponente persona natural o del representante legal del proponente persona jurídica. En caso de no aportarlo la Entidad deberá consultar los antecedentes en la página de la Policía Nacional, de conformidad con el Decreto 019 de 2012 Nacional.
17. Certificación bancaria informando el número de la cuenta donde se le pueden consignar los pagos.

15

### CAPACIDAD FINANCIERA

El Contratista debe cumplir con los siguientes indicadores con base en la información contenida en el RUP.

#### Indicadores De Capacidad Financiera

INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO
INDICE DE LIQUIDEZ	MAYOR O = AL 1.9
INDICE DE ENDEUDAMIENTO	MENOR O = AL 0.80
RAZÓN DE COBERTURA DE INTERÉS	INDETERMINADO

El Hospital Departamental de Granada E.S.E. debe verificar con el Registro Único de Proponentes el cumplimiento de los requisitos.

De conformidad con el numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, solo en aquellos casos en que por las características del objeto a contratar se requiera la verificación de requisitos del Proponente adicionales a los contenidos en el RUP, la Entidad puede hacer tal verificación en forma directa. Por otra parte, hasta que las cámaras de comercio estén en posibilidad de recibir las renovaciones e inscripciones del RUP utilizando el Clasificador de Bienes y Servicios. Si el Proponente es un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura se tendrá en cuenta la capacidad financiera de sus integrantes de acuerdo con el porcentaje de participación dentro del proponente plural.

NOTA 1: Para hacer la verificación de los indicadores Financieros en el caso de los Consorcios o Uniones Temporales y promesas de sociedad futura, la Entidad Estatal establece la opción 2, del Capítulo VII del Manual de Colombia Compra Eficiente que cita "para determinar y verificar los



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



requisitos habilitantes en los procesos de contratación” “2. Suma de los componentes de los indicadores”.

### CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

El contratista deberá cumplir con mínimo los siguientes indicadores con base en la información contenida en el RUP.

16

#### Indicadores De Capacidad Financiera

INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO
<b>RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO</b>	MAYOR O igual AL 0,08
<b>RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS</b>	Mayor O Igual Al 0,01

Si el Contratista es un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura debe cumplir su capacidad financiera de acuerdo con el porcentaje de participación dentro del proponente plural.

### EXPERIENCIA ACREDITADA

El Contratista deberá aportar hasta tres (3) registros de contratos celebrados y ejecutados con entidades públicas y/o privadas o sus certificaciones respectivas expedidas por los contratantes, cuyo objeto sea igual, similar y que su cuantía sumada sea igual o superior al valor del presente proceso, su plazo sea de igual o superior al plazo pactado en el presente proceso de contratación, para el efecto deberá tener en cuenta que:

- Solo se tendrán en cuenta contratos terminados.
- El proponente deberá acreditar la experiencia con certificaciones expedidas de constitución de seguros; y cuya fecha de suscripción se encuentre dentro de los últimos tres (3) años contados hasta la fecha de la presente invitación. El cálculo de los SMMLV de los contratos que se acrediten se hará con respecto al año de terminación de los mismos. La certificación deberá ser expedida 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.

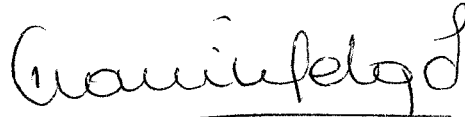
Se podrá realizar a través de la verificación del Registro Único de Proponentes R.U.P, para la presente verificación deberá contar con contratos ejecutados en la modalidad de proveedor en cualquiera de los códigos del Clasificador de Bienes y Servicios, conocido por las siglas UNSPSC que se establecen en el presente proceso.

### 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 11 de enero de 2019, antes de las 14:30 hrs en la oficina de



Cordialmente,



**MONICA MARÍA DELGADO PINILLOS**  
**GERENTE HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA E.S.E.**

17

<b>Proyectó y verificó:</b>	y	Luz Doris Cardona Ramírez Contrato de prestación de servicios No. 087 de 2018. Hospital Departamental de Granada E.S.E.	
<b>Proyectó técnicamente:</b>		Damary Martínez Jerez – Subgerente Administrativa - Hospital Departamental de Granada E.S.E.	

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

Ciudad y fecha

Señores:  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**  
 R.L. MÓNICA MARÍA DELGADO PINILOS  
 Gerente E.S.E.  
 Calle15 entre carreras 2 y 4 Br. Villa olimpica  
 Ciudad

**REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA No. 024 DE 2019, PARA CONTRATAR CON UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE ESTABLECIDA EN COLOMBIA LOS SEGUROS QUE AMPAREN LOS INTERESES PATRIMONIALES, LOS BIENES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E, QUE ESTEN BAJO SU RESPONSABILIDAD CUSTODIA Y AQUELLOS QUE SEAN ADQUIRIDOS PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES INHERENTES A SU ACTIVIDAD Y CUALQUIER OTRA POLIZA DE SEGUROS QUE REQUIERA LA ENTIDAD EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD.**

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 **“CONTRATAR CON UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE ESTABLECIDA EN COLOMBIA LOS SEGUROS QUE AMPAREN LOS INTERESES PATRIMONIALES, LOS BIENES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E, QUE ESTEN BAJO SU RESPONSABILIDAD CUSTODIA Y AQUELLOS QUE SEAN ADQUIRIDOS PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES INHERENTES A SU ACTIVIDAD Y CUALQUIER OTRA POLIZA DE SEGUROS QUE REQUIERA LA ENTIDAD EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD”**, 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 \_\_\_\_\_



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



- Que la propuesta tiene una validez de ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO 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.

19

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.



**“UN HOSPITAL PARA TODOS”**



CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



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

**ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA**

**BIENES MUEBLES E INMUEBLES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

La aseguradora deberá tener en la propuesta el amparo y los valores según aquí lo expuesto del valor asegurar.

**AMPARO BÁSICO:**

- Todo Riesgo Daños Materiales:** con excepción de las exclusiones expresamente mencionadas en las Condiciones Generales (clausulado) de la póliza, incluyendo, pero no limitado a Incendio y/o Rayo; Humo, Explosión, Daños por agua (Inundación y Anegación); Avalancha, Derrumbe y/o Deslizamiento; y *Extended Coverage* (Huracán, Tifón, Ciclón, Granizo, Vientos y Lluvias Fuertes, Choque o Impacto de vehículos terrestres, aeronaves, animales, árboles, postes, avisos, vallas); y los Actos de Autoridad, como también siempre que estos bienes se encuentren dentro de los predios asegurados, así estén en uso, inactivos, o se encuentren en curso de desmontaje para revisión, mantenimiento, reparación, renovación, acondicionamiento o fines similares y/o su posterior montaje, o que



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



hayan sido trasladados a otros predios asegurados bajo la presente póliza y ubicados en el territorio nacional.

- **Gastos Adicionales:** en caso de pérdidas o daños de los bienes asegurados ocasionados por un evento amparado por la cobertura básica o las coberturas opcionales y/o adicionales suscritas bajo la presente póliza, se indemnizarán los costos o gastos definidos a continuación, necesarios, razonables, y que no tengan carácter de permanente. De igual forma, la suma máxima que la aseguradora indemnizará por uno, varios o todos los Gastos Adicionales antes mencionados en caso de siniestro y que se afecten en un solo evento, en ningún caso será superior al veinte (20%) por ciento de la suma asegurada de los bienes afectados por el siniestro.
  - Gastos para Remoción de Escombros.
  - Gastos para Preservación de Bienes.
  - Gastos para la Extinción del Siniestro.
  - Gastos para Honorarios Profesionales.
  - Gastos para Honorarios de Auditores, Revisores y Contadores.
  - Gastos de Viaje y Estadía.
  - Gastos para la Reposición de Documentos.
  - Gastos por concepto de Horas Extras, trabajo nocturno y en días feriados y Flete Expreso.
  - Gastos por Flete Aéreo.
  - Portadores Externos de Datos.
  - Gastos para la obtención de licencias y permisos para reconstruir el inmueble asegurado (solo cuando se ampara edificaciones).

21

### AMPAROS ADICIONALES:

- **AMIT (Actos mal intencionados de terceros), HMAcCoP (Huelga, motín, asonada, conmoción civil o popular), y Terrorismo;** al 100% del valor asegurado.
- **Terremoto, Temblor, Erupción Volcánica, Maremoto o Tsunami;** al 100% del valor asegurado.
- **Rotura de Maquinaria;** al 100% del valor asegurado.
- **Equipo Eléctrico y Electrónico;** al 100% del valor asegurado.
- **Equipos Móviles y Portátiles (Movilización);** al 100% del valor asegurado.
- **Hurto Calificado;** sublímite a Primera Perdida Relativa del 100% del valor asegurable total de todos los contenidos asegurados en la póliza, en todo caso sin que supere los Cop \$5.000.000.000 por evento y vigencia.
- **Hurto Simple;** sublímite a Primera Perdida Relativa del 100% del valor asegurable total de todos los contenidos asegurados en la póliza, en todo caso sin que supere los Cop \$500.000.000 por evento y vigencia.
- **Todo Riesgo Sustracción (Equipos de Ambulancias);** sublímite a Primera Perdida Relativa del 100% del valor asegurable total de todos los contenidos asegurados en la póliza, en todo caso sin que supere los Cop \$500.000.000 por evento y vigencia. Sujeto a que como máximo treinta (30) días una vez iniciada la vigencia, el tomador y asegurado suministre la relación detallada y valorizada de tales equipos.
- **Rotura Accidental de Vidrios;** sublimitado al 10% del valor asegurado de la edificación amparada y afectada, por evento y vigencia.

### BASE DE VALORACION ASEGURABLE:

- Edificio a Valor de Reconstrucción a Nuevo, incluyendo adecuación a la Norma de Sismo resistencia NSR-10 y/o vigente.
- Contenidos a Valor de Reposición y/o Reemplazo a Nuevo.



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**



CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LINEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



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

- Mercancías a Valor Costo, sin incluir ganancia alguna.

**EXTENSIONES AUTOMATICAS Y DEMAS ANEXOS DE COBERTURA:**

- **Amparo Automático de Nuevas Propiedades (Edificios):** limitado al 20% del valor asegurado en Edificios, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Amparo Automático de Nuevos Bienes (Contenidos):** limitado al 20% del valor asegurado en Contenidos, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Labores y Materiales (Edificios):** limitado al 20% del valor asegurado en Edificio, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Traslados Temporales de Bienes (Contenidos), para fines exclusivos de limpieza, mantenimiento y reparación:** limitado al 50% del valor asegurado en Contenidos, con aviso a la compañía y permanencia -ambos-, de treinta (30) días. Excluye transporte, daños durante el transporte, cargue y descargue, y movilizaciones por sus propios medios.
- **Amparo Automático para Nuevos Equipos instalados en reemplazo de los amparados inicialmente (Contenidos):** limitado al 20% del valor asegurado en Contenidos, con aviso a la compañía de treinta (30) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Movilización de Bienes:** limitado al 10% del valor asegurado de contenidos, para todos los bienes, equipos, maquinaria, mercancía, muebles y enseres, y contenidos en general que se encuentren dentro del mismo predio asegurado donde la caratula de la póliza los reporta, y que sean movilizadas para su uso, cambio de ubicación o reubicación, mantenimiento o reparación, estarán amparados contra los mismos riesgos que figuren en la póliza o en sus anexos.
- **Bienes Fuera de Edificios:** limitado al 10% del valor asegurado de contenidos. Mediante el presente anexo se extiende a amparar los bienes especificados en la caratula de la póliza, mientras se encuentren fuera de los edificios, siempre y cuando se hallen dentro de los predios ocupados por el Asegurado y su construcción haya sido diseñada para tal fin.
- **Bienes bajo Cuidado, Tenencia y Control:** exclusivamente para bienes declarados y se excluye el Hurto en todas sus modalidades, como también cualquier pérdida a bienes que se tengan bajo contrato de arrendamiento. Sublimite de Cop \$15.000.000 evento y Cop \$30.000.000 vigencia.
- **Gastos por Arrendamiento de Equipo Electrónicos y Maquinaria y Equipo:** siempre y cuando se deba a un siniestro amparado en la póliza, ampara los gastos que necesaria y razonablemente incurra el asegurado al usar o alquilar equipos o maquinaria, que no esté asegurada bajo la póliza a la cual este amparo adicional se adhiere, como consecuencia de la pérdida o daño material de los equipos o maquinaria asegurados causados por cualquiera de los eventos cubiertos en la póliza, y que den lugar a una interrupción total o parcial de la operación de dichos equipos o maquinaria. Sublimite de Cop \$15.000.000 evento y Cop \$30.000.000 vigencia.
- **Daños por Fallas en Equipos de Climatización:** en adición a los términos, exclusiones, cláusulas y demás condiciones contenidas en la póliza, se extiende a cubrir los daños o pérdidas del equipo de procesamiento electrónico de datos asegurado, causados por un daño en las fallas de los equipos de climatización indemnizable bajo la póliza, excluyendo toda pérdida ocasionada por instalación y montaje de tales equipos de climatización. Sublimite de Cop \$15.000.000 evento y Cop \$30.000.000 vigencia.

22

**DEMÁS CONDICIONES Y/O CLAUSULAS:**

- **Valor de Reposición a Nuevo:** se entiende como valor de reposición a nuevo la cantidad que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma clase, marca, características y capacidad, incluyendo el costo de transporte, montaje y derechos de aduana si hubiere

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a>			



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



lugar a ello. En pérdidas parciales no habrá aplicación de depreciación y/o demérito por uso.

- **Aplicación de Infraseguro:** si en el momento de ocurrir cualquier pérdida o daño a los bienes asegurados, éstos tienen un valor superior a la suma asegurada estipulada en la presente póliza y/o sus anexos, el asegurado será considerado como su propio asegurador por la diferencia entre las dos sumas y por lo tanto soportará la parte proporcional que le corresponda de dicha pérdida o daño.
- **Definición de Sublímite:** incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
- **Índice Variable:** en caso de ser contratado con su respectivo cobro de prima y aparición en la caratula de la póliza, es el porcentaje definido por el asegurado calculable sobre la vigencia de la póliza, con el cual se incrementan los valores asegurados con el fin de mantenerlos actualizados.
- **Cláusula de 72 Horas para eventos de la naturaleza:** para el caso de pérdidas a consecuencia de terremoto, temblor o erupción volcánica, y demás eventos de la naturaleza, donde varios de estos fenómenos ocurren dentro de cualquier periodo de 72 horas consecutivas, se tendrán como un solo siniestro y las pérdidas o daños que se causen deben estar comprendidos, en una sola reclamación, sin exceder del total de la suma asegurada.
- **Derechos sobre el Salvamento:** en primera opción, el asegurado participara proporcionalmente en la venta del salvamento teniendo en cuenta el deducible y el infraseguro, cuando hubiere lugar a este último. Se entiende por salvamento neto el valor resultante de descontar del valor de venta del mismo los gastos realizados por la compañía tales como los necesarios para la recuperación y comercialización de dicho salvamento.
- **Restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro con cobro adicional de prima, excepto para AMIT, HMACCoP y Terrorismo. Para las coberturas y/o anexos sublimitados no habrá tal restablecimiento:** en caso de siniestro o pérdida amparada por la presente póliza, la suma asegurada podrá ser restablecida una sola vez, previa solicitud por escrito del asegurado, y hasta por el valor indemnizado, con la obligación por parte del asegurado de pagar la prima liquidada a prorrata del monto restablecido desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza.
- **No se renuncia a la Subrogación y a la Aplicación de Infraseguro.**
- **Designación de Ajustadores:** según listado que tiene el Hospital Departamental de Granada E.S.E., y de común acuerdo con la aseguradora.
- **Anticipo de Indemnización del 50%:** una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
- **Cláusula de Revocación:** treinta (30) días; para AMIT, HMACCoP y Terrorismo será de diez (10) días.
- **Aviso de Siniestro:** treinta (30) días.
- **Conocimiento del Riesgo:** siempre y cuando haya sido inspeccionado por la aseguradora.
- **Cláusula de Arbitramento:** las diferencias que surjan entre las partes del contrato serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
- **No concurrencia de deducibles:** de presentarse un evento indemnizable bajo la presente póliza que afecte dos o más artículos o bienes amparados y, si en los mismos figuran deducibles mínimos diferentes, para los efectos de la liquidación del siniestro se aplicara el menor de los deducibles.
- **Valor Real:** entendido como el valor de reposición o reemplazo menos el demérito por uso y/o vetustez. Para el caso de los Equipos Electrónicos, y la Maquinaria y Equipo, aplicaran las Tablas de Demérito determinadas en las Condiciones Generales (clausulado) de la póliza.

23



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



- **Experticio Técnico:** de existir discrepancia entre la Compañía y el Hospital Departamental de Granada E.S.E. en cuanto si el siniestro constituye una pérdida total o parcial o con relación a otros aspectos de orden técnico, la situación será sometida a decisión de ingenieros, peritos o técnicos expertos en la actividad que desarrolla el asegurado, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del código del comercio.

**DEDUCIBLES MAXIMOS A OFERTAR:**

**Aplicables para Daños:**

- **Terremoto, Temblor, Erupción Volcánica, Maremoto, Marejada y Tsunami:** 3% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **AMIT, HMAcc y Terrorismo:** 2% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **Demás Eventos:** Sin deducibles
- **Rotura Accidental de Vidrios:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 0.5 SMMLV.

**Aplicables para Hurto y/o Sustracción:**

- **Hurto Calificado:** 5% del valor de la pérdida, sin mínimo.
- **Hurto Simple:** 5% del valor de la pérdida, sin mínimo.
- **Todo Riesgo Sustracción:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

**Aplicables para Equipo Electrónico:**

- **Daño Interno:** Sin deducibles.
- **Hurto Calificado:** 5% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **Hurto Simple:** 5% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **Movilización (Equipos Móviles y Portátiles):** 2% del valor de la pérdida, mínimo 0.5 SMMLV.
- **Demás Eventos:** Sin deducibles.

**Aplicables para Rotura de Maquinaria:**

- **Rotura de Maquinaria:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.
- **Demás Eventos:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.

**GARANTIAS:**

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el Hospital Departamental de Granada E.S.E., que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

**BIENES MUEBLES E INMUEBLES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

La aseguradora deberá tener en la propuesta el amparo y los valores según aquí lo expuesto del valor asegurar.

BIENES ASEGURAR	VALOR ASEGURAR	AMPARO
EDIFICIO	\$30.000.000.000	INCENDIO
MUEBLES Y ENSERES	\$546.976.677	INCENDIO
VEHICULOS EN REPOSO	\$10.000.000	INCENDIO
ROTUR DE MAQUINARIA	\$2.120.281.721	INCENDIO
DINEROS	\$20.000.000	INCENDIO
MUEBLES Y ENSERES	\$546.976.677	SUSTRACCIÓN
VEHICULOS EN REPOSO	\$10.000.000	SUSTRACCIÓN
ROTURA DE MAQUINARIA	\$2.120.281.721	SUSTRACCIÓN
DINEROS	\$20.000.000	SUSTRACCIÓN

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>	  



SUSTRACCIÓN TODO RIESGO	\$483.249.761	STR
EQUIPOS ELECTRONICOS FIJOS	\$3.854.752.372	CD
EQUIPOS MOVILES	\$89.087.647	CD
EQUIPOS MEDICINA	\$26.526.363.889	CD
ROTURA DE MAQUINARIA	\$2.120.281.721	RM
MANEJO GLOBAL	\$250.000.000	MG
AUTOMOVILES	\$415.900.162	AU
TRANSPORTE DE VALORES	912.000.000	
SEGURO OBLIGATORIO	LO ESTABLECE LA LEY	SOAT

25

### PÓLIZA AUTOMÓVILES

El asegurador deberá garantizarle al Hospital Departamental de Granada E.S.E. los perjuicios, daños o pérdidas que sufra el asegurado, de acuerdo con las condiciones generales y las particulares indicadas.

PLACA	MODEL O	MARCA	CLASE	ACCESORIO S	VALOR ASEGURAR
OXI137	2006	CHEVROLET	FURGON	\$44.250.000	\$70.250.000
OCD706	2006	NISSAN	CAMIONE TA	\$44.250.162	\$74.650.162
DXY018	2004	TOYOTA	PICKUP	\$0	\$30.000.000
OIX160	2010	MITSUBISH	CAMPERO	\$0	\$66.500.000
CCJ694	2010	NISSAN	CAMIONE TA	48.800.000	\$89.100.000
OJQ036	2008	MERCEDES BENZ	SPRINTER 313 MT 2150CC TD	45.000.000	\$85.400.000
<b>TOTAL</b>				<b>\$182.300.162</b>	<b>\$415.900.162</b>

### COBERTURAS

12. Responsabilidad Civil Extracontractual
  - a. Daños a bienes de terceros \$200.000.000
  - b. Muerte o lesión a una persona \$200.000.000
  - c. Muerte o lesión a dos o más personas \$400.000.000
13. Pérdida total por daños
14. Pérdida parcial por daños
15. Pérdida total por hurto
16. Pérdida parcial por hurto
17. Terremoto
18. Protección patrimonial
19. Asistencia jurídica integral
20. Reembolso de gastos Exequiales
21. Asistencia

22. Terrorismo y otros eventos
23. Muerte Accidental al conductor \$10.000.000.oo

**DEDUCIBLES:**

Sin deducibles.

**CLAUSULAS ADICIONALES**

6. Actos de autoridad
7. Amparo automático de nuevos vehículos \$100.000.000 y aviso 30 días.
8. Amparo automático de nuevos accesorios y equipos \$ 10.000.000 aviso 30 días.
9. Ampliación aviso de siniestro a 30 días.
10. No inspección para vehículos de la póliza. No inspección de vehículos nuevos. Inspección de vehículos que sean incluidos con posterioridad a la póliza.

**SEGURO OBLIGATORIO de ACCIDENTES DE TRANSITO “SOAT”**

Fechas de caducidad de las vigencias de los Seguros Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT de los vehículos de propiedad del Hospital Departamental de Granada E.S.E.

FECHA DE VENCIMIENTO	PLACA	MARCA	MODELO
25/05/2019	DXY018	TOYOTA	2004
27/05/2019	OIX160	MITSUBISHI	2010
30/07/2019	OCJ694	NSSAN	2010
29/09/2019	OCD706	NISSAN	2006
29/10/2019	OJQ036	MERCEDES BENZ	2008
29/10/2019	OIX137	CHEVROLET	2006

Las tarifas como las coberturas están reguladas por el Gobierno Nacional.

1. Gastos de transporte y movilización de las víctimas: Hasta 10 SMDLV
2. Gastos Médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios: Hasta 800 SMDLV
3. Incapacidad permanente: Hasta 180 SMDLV
4. Indemnización por muerte y funerarios: Hasta 750 SMDLV.

**AMPARO BASICO SEGURO MANEJO GLOBAL OFICIAL:**

La póliza deberá otorgar amparo a los organismos contra los riesgos que impliquen menoscabo de fondos y bienes, causados por sus empleados en el ejercicio de los cargos amparados, por actos que se tipifiquen como delitos contra la administración pública o fallos con Responsabilidad Fiscal. El amparo se extiende a reconocer el valor de la Rendición o Reconstrucción de Cuentas que se debe llevar a cabo en los casos de abandono del cargo o fallecimiento del empleado del Hospital Departamental de Granada E.S.E.

**AMPAROS ADICIONALES:**

- **Pérdidas causadas por Empleados no Identificados:** sublimitado al 50% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia. La pérdida económica que sufra el



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3

Versión 2



Hospital Departamental de Granada E.S.E. cuando no fuere posible identificar los autores de los hechos que han causado una pérdida económica derivada de la comisión de los delitos objeto de esta cobertura, por la apropiación indebida de dinero u otros bienes de propiedad del asegurado, siempre y cuando de las pruebas obtenidas se establezca concluyentemente que la pérdida económica se atribuye a un delito amparado, cometido por uno o varios de los empleados del Hospital.

- **Pérdidas causadas por Empleados de Firms Especializadas:** sublimitado al 50% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia. La pérdida económica que sufra el Hospital Departamental de Granada E.S.E. por actos que se tipifiquen como delitos contra la administración pública, por personas vinculadas al asegurado en forma indirecta ya sea que pertenezcan a empresas de servicios temporales o firmas externas de servicios especializados, siempre y cuando estén cumpliendo con el reglamento interno de trabajo del Hospital.
- **Protección de Depósitos Bancarios:** sublimitado al 50% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia. Este anexo se extiende a cubrir hasta el límite declarado en la carátula de la póliza, las pérdidas que el asegurado sufra cuando a los dineros depositados en su cuenta corriente o de ahorros que mantenga con una entidad bancaria o financiera debidamente autorizada por la ley, siempre y cuando dicha pérdida se deba a falsificación o adulteración de un cheque, letra de cambio, pagaré, carta de crédito o cualquier otra clase de título valor que el banco o la entidad financiera presuma que ha sido firmado, endosado o avalado por el asegurado o por una persona que obre en su nombre o representación; el amparo del presente anexo se hace extensivo a los siguientes eventos:
  - I. Cualquier cheque o giro hecho en nombre del Hospital Departamental de Granada E.S.E., sea pagadero a una persona ficticia, y endosado o pagado a nombre de dicha persona.
  - II. Cualquier cheque o giro hecho o girado en transacción por el Hospital Departamental de Granada E.S.E. o su representante legal en este caso la Gerente, a favor de un tercero y entregado al representante de este, que resulte endosado o cobrado por persona distinta de aquel a quien se giró.
  - III. Cualquier cheque o giro con destino al pago de salarios que, habiendo sido girado u ordenado por el Hospital Departamental de Granada E.S.E., resultare endosado o cobrado por un tercero obrando supuestamente a nombre del girador o de aquel a quien se debía hacer el pago.
  - IV. Habrá cobertura para cualquiera de los hechos descritos arriba siempre que puedan ser clasificados como falsificación o adulteración de conformidad con las leyes colombianas.
  - V. Los facsímiles de firmas estampados por medio de máquinas serán considerados como firmas autógrafas.

27

### **MODALIDAD DE COBERTURA:**

Siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.

### **DEDUCIBLES:**

- **Cajas Menores:** sin aplicación de deducibles.
- **Amparo Básico:** 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.
- **Demás Eventos:** 15% del valor de la pérdida, mínimo 3 SMMLV.

### **EXCLUSIONES:**



**"UN HOSPITAL PARA TODOS"**



CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELEFONO 6500510-6587800-6500521

LÍNEA GRATUITA : 018000965050

[www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) E-mail: [contratacion@hospitalgranada.gov.co](mailto:contratacion@hospitalgranada.gov.co)



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

La póliza no ampara la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, perjuicio, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por alguna de las siguientes causas, como también por las indicadas en el Condicionado General (clausulado):

- Mermas.
- Faltantes de Inventarios.
- Desapariciones Misteriosas.
- Bienes bajo Cuidado, Tenencia y Control.

28

**DEMÁS CONDICIONES Y/O CLAUSULAS:**

- **Amparo automático de Nuevos Cargos y Empleados:** Con aviso a la compañía de diez (10) días, y cobro de prima a prorrata.
- **Restablecimiento de la suma asegurada, hasta por una (01) vez por el límite inicialmente pactado, con cobro de prima y a sujeción de la aseguradora.**
- **Anticipo de Indemnización del 50%:** Una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
- **Designación de Ajustadores:** Según listado del Hospital Departamental de Granada E.S.E., remita a la aseguradora.
- **Denominación de Cargos:** Se otorga cobertura a todos los cambios en la denominación de los cargos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando continúen desempeñando las mismas funciones del cargo inicialmente amparado.
- **Cláusula de Revocación:** Treinta (30) días.
- **Aviso de Siniestro:** Treinta (30) días.
- **Restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro con cobro adicional de prima:** En caso de siniestro o pérdida amparada por la presente póliza, la suma asegurada podrá ser restablecida una sola vez, previa solicitud por escrito del asegurado, y hasta por el valor indemnizado, con la obligación por parte del asegurado de pagar la prima liquidada a prorrata del monto restablecido desde la fecha de la pérdida hasta el vencimiento de la póliza, máximo hasta el 50% del valor asegurado.
- **Cláusula de Revocación:** Sesenta (60) días
- **Cláusula de Arbitramento:** Las diferencias que surjan entre las partes del contrato serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

**AMBITO TERRITORIAL:**

- **Jurisdicción y Legislación aplicable:** colombiana.


**GARANTIAS:**

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

**CONDICIONES TÉCNICAS SEGURO TRANSPORTE DE VALORES AUTOMATICO**

**INTERES ASEGURABLE**

Dinero en efectivo, cheques y títulos valores propiedad del asegurado, incluyendo aquel sobre los cuales tenga interés asegurable.

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>	  
---	--	---

**ESTRUCTURA DE COBERTURA – AMPARO BÁSICO**

Amparo básico con pérdida total.

**ESTRUCTURA DE COBERTURA – AMPARO ADICIONALES OPCIONALES:**

Huelga, AMIT, HMAcCoP y Terrorismo.

Permanencia. Dentro y fuera de Caja de seguridad, hasta por 24 Horas.

**PROYECCIÓN ANUALIZADA DE MOVILIZACIONES**

NOVECIENTOS DOCE MILLONES DE PESOS (\$912.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

29

**LIMITES ASEGURADOS POR DESPACHO**

DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

- Mensajero

**TRAYECTOS ASEGURADOS**

Desde la oficina del Hospital Departamental de Granada E.S.E. hasta las diferentes entidades financieras o destino final a nivel nacional, territorial y local y viceversa.

**MEDIO DE TRANSPORTE**

Terrestre

**DEDUCIBLES**

Permanencia: 10% del valor total del despacho de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

Demás eventos: 10% del valor total del despacho de la pérdida, mínimo 1 SMMLV.

**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.

Atentamente,

30

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

Nombre: [Insertar información]

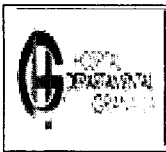
Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



**ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA**

Lugar y fecha

Señores

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

R.L. MÓNICA MARÍA DELGADO PINILOS

Gerente E.S.E.

Calle 15 entre carreras 2 y 4 Br. Villa Olímpica

31

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:

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

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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a>			





# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-PR1-M1-F3



Versión 2

## ANEXO 4

### FORMATO ÚNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES

#### DATOS PROVEEDORES

33

RAZÓN SOCIAL:	
NIT:	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:
TELÉFONOS:	FAX:
PÁGINA WEB	
GRAN CONTRIBUYENTE:	AUTORETENEDOR:
RESPONSABLE DE I.V.A	RESPONSABLE DE ICA
RÉGIMEN COMÚN: SI ___ NO ___	SIMPLIFICADO: SI ___ NO ___
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA:	TÁRIFA ICA: (Porcentaje)

#### PERSONA ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE VENTAS (En la empresa)

NOMBRE:	
TE:	FAX:

#### PERSONA ENCARGADA DE COTIZACIONES (En la empresa)

NOMBRE:	
TEL:	FAX:
LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE	
HORARIO DE ATENCIÓN:	PÁGINA WEB:
NOMBRE:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:

#### REPRESENTANTE LEGAL (Quien figura en Cámara de Comercio)

NOMBRE:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	CELULAR

	<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:contratacion@hospitalgranada.gov.co">contratacion@hospitalgranada.gov.co</a></p>	
---	--	---