

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

**INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. 030 DE 2019  
PARA PRESENTAR PROPUESTA**

Granada - Meta, 15 de enero de 2019

Señores

**CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META**

NIT. 982099160-2

Representante Legal: RAFAEL EDUARDO ROZO BRICEÑO

Cédula de ciudadanía No. 19.126.684 de Bogotá D.C.

Carrera 30 No. 39 – 30 P 6 Ofic. 602 Br. Centro

Teléfono: 6716860- 6717011

[meta@cruzrojacolombiana.org](mailto:meta@cruzrojacolombiana.org)

Villavicencio

**ASUNTO: INVITACIÓN DIRECTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS Y PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA.**

Respetados Señores:

Por medio de la presente invitación, nos permitimos dar a conocer las condiciones técnicas y económicas mínimas, para el suministro referido así:

**OBJETO DEL FUTURO CONTRATO**

**“SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS CON PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.”.**

**RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE**

Para satisfacer la necesidad, se adelantara un contrato de Suministro, a través de la modalidad de contratación directa, el cual estará sometido 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 203 de 2016, así como el descrito en el artículo 6. Numeral 6.1.3 y el 11 numeral 3 del Manual Interno de Contratación Resolución No 312 de 2016, cuyas reglas se determinan por las normas del derecho civil y comercial y las aquí descritas; se hace oportuno indicar que se seleccionará la propuesta siempre y cuando cumpla con las condiciones exigidas, dentro de los estudios y documentos

	<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-F3

Versión 2



previos, así como por las demás disposiciones legales que la complementen, modifiquen o reglamenten, y atendiendo lo preceptuado en el literal a) del artículo primero del Acuerdo No. 214 del 03 de enero de 2019.

Lo anterior en razón a que este es un proceso que no supera la cuantía de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes, establecida en el artículo 15 del acuerdo 203 de 2016 de estatuto interno de contratación, que tiene como valor estimado la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, por lo cual la modalidad de selección es en la modalidad de Contratación Directa, tratándose de productos de difícil comercialización el Hospital Departamental de Granada E.S.E., ya que la oferta de hemocomponentes son pocos en el departamento que cumplan con las condiciones técnicas para suministrar estos sangre es la CRUZ ROJA COLOMBIANA.

### ALCANCE DEL OBJETO

Que la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada, conforme a su naturaleza y misión institucional pretende a través del presente proceso de selección cubrir las necesidades habituales en cuanto a hemocomponentes en la mayoría de las urgencias, razón por lo cual es importante SUMINISTRO OPORTUNO DE UNIDADES CON FECHA DE VENCIMIENTO ADECUADA.

### 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 la presente invitación.

1. La descripción y cantidad de los elementos que requiere el Hospital Departamental de Granada E.S.E., se describen a continuación para el suministro de la referencia del objeto del presente proceso contractual, según requerimiento del Hospital (cantidades) de acuerdo a la necesidad del servicio:

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION
1	GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS	UNIDAD VOL. 230-330 ML
2	PLASMA FRESCO CONGELADO	UNIDAD VOL. 150-300 ML
3	CRIOPRECIPITADO	UNIDAD VOL. 10-20 ML
4	PLAQUETAS	UNIDAD VOL. 50-70 ML
5	PLAQUETAS POR AFERESIS	UNIDAD VOL. 180-220 ML
6	GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	UNIDAD VOL. 230-330 ML
7	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA	UNIDAD
8	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (COOMBS INDIRECTO CUALITATIVO)	UNIDAD
9	IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS	UNIDAD
10	HEMOCLASIFICACION ABO Y FACTOR RH	UNIDAD
11	FENOTIPAJE DEL RH	UNIDAD
12	COOMBS DIRECTO	UNIDAD

El CONTRATISTA deberá suministrar al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., hemoderivados y demás componentes antes descritos en cumplimiento del objeto contractual de acuerdo que se deben dar cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, establece como estándar de



**" 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>	GJ-P1-F3	
		Versión 2	

habilitación un Servicio de apoyo diagnóstico y laboratorio clínico, el cual hace parte integral de la presente Invitación. EL CONTRATO SE TOMARA POR VALORES UNITARIOS HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO.

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 estudio previo y la presente invitación.

3

Se debe dar cumplimiento a la normatividad que rige en cuanto el suministro de estos componentes que caben en el desarrollo misional de la institución y de acuerdo a los estándares de Calidad que se mencionan en el Decreto 1011 De 2006, Decreto 1571 de 1993 y Política Nacional De Sangre, se hace necesario que la entidad elegida para el objeto de este contrato, cumpla con las siguientes especificaciones técnicas:

1. El Banco de Sangre debe certificar la LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO otorgada por EL INVIMA, con pleno cumplimiento de los requisitos exigidos por el debido ente de vigilancia y control.
2. De acuerdo a la normatividad vigente que hace referencia a la donación es recomendable transfundir Sangre y Hemocomponentes de Bancos de sangre preferiblemente CERTIFICADOS EN (ISO) provenientes de DONANTES VOLUNTARIOS Y REPETITIVOS, y ubicados geográficamente en zonas donde NO SE PRESENTEN enfermedades como Chagas, Malaria, Leishmania, Dengue, y otras, que puedan causar eventos adversos al ser transfundidas en el proceso, y que cuyo tamizaje no son de obligatoria determinación en el momento de la donación.
3. El Decreto 1571 de 1993 estipula de obligatorio cumplimiento el SELLO NACIONAL DE CALIDAD DE SANGRE, a través de la cual se certifica que cada unidad de sangre ha sido analizada para la búsqueda de antígenos de Hepatitis B, anticuerpos para Hepatitis C y V.I.H. y la prueba serológica para SIFILIS con resultados NO REACTIVOS.
4. El Banco De Sangre debe establecer y aplicar un programa interno de garantía de calidad ceñido al MANUAL DE NORMAS TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA BANCO DE SANGRE expedido por el Ministerios de Salud que asegure la efectividad de los procedimientos, reactivos, equipos y elementos con el fin de obtener productos procesados de excelente calidad. El cumplimiento de este programa debe estar bajo control y vigilancia del nivel de dirección, al que corresponda el Banco De Sangre.
5. Relacionado con los estándares de Calidad que se mencionan en el Decreto 1011 De 2006, Decreto 1571 de 1993 y Política Nacional De Sangre, se hace necesario que cumpla con las siguientes especificaciones técnicas: El Banco de Sangre seleccionado debe certificar la LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO otorgada por EL INVIMA, con pleno cumplimiento de los requisitos exigidos por el debido ente de vigilancia y control.
6. De acuerdo a la normatividad vigente que hace referencia a la donación es recomendable transfundir Sangre y Hemocomponentes de Bancos de sangre preferiblemente CERTIFICADOS EN (ISO) provenientes de DONANTES VOLUNTARIOS Y REPETITIVOS, y ubicados.
7. Garantizar TRANSPORTE OPORTUNO a cualquier hora (día y noche) es un requisito indispensable, asegurando la disponibilidad de sangre, y aún más teniendo en cuenta que en el municipio de Granada, existe un elevado índice de accidentes de tránsito que ocurren la mayoría de las veces en horas de la madrugada, fines de semana y festivos, razón por lo cual es importante SUMINISTRO OPORTUNO DE UNIDADES CON FECHA DE VENCIMIENTO PROLONGADA.
8. 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.

	<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-F3

Versión 2



### DOCUMENTOS TÉCNICOS QUE DEBEN APORTAR EN LA PROPUESTA

- Registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA de los productos relacionados anteriormente.  
Parágrafo Primero: El oferente deberá anexar en medio magnético en el cual deberán estar incorporados los archivos correspondientes a los registros sanitarios INVIMA.  
Parágrafo Segundo: Para aquellos registros sanitarios que se encuentran vencidos, el oferente deberá anexar carta de autorización de distribución por el INVIMA y/o carta de solicitud de renovación.
- Acta de la última visita efectuada por la secretaria de salud Departamental.

### VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

Para dar cumplimiento al objeto del presente contrato, se tiene como presupuesto estimado la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**

### CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El valor del contrato que se pretende se ampara certificado de disponibilidad presupuestal No. **00076** del 15 de enero de 2019, del Rubro: B0B040101 denominado: PRESUPUESTO DE GASTOS – GASTOS DE OPERACIÓN – GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL – Gastos de Comercialización – Compra de Bienes para la Venta, expedido por la Profesional de Presupuesto, por el valor individual que se expresa, 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 de la siguiente manera: Pagos parciales contra la facturación generada por el **CONTRATISTA**, como resultado de los suministros efectivamente entregados en el almacén del **HOSPITAL**, previa presentación de la Factura de venta y/o cuenta de cobro, el soporte de pago de seguridad social del mes correspondiente, como resultado de la entrega efectiva en el almacén de acuerdo al Alta, el supervisor deberá suscribir informe de cumplimiento. **PARAGRAFO PRIMERO:** 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. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El **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. **PARAGRAFO TERCERO:** 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. **PARAGRAFO CUARTO:** El Hospital se reserva el derecho a glosa, por servicios no prestados, o por los servicios que no se presten con calidad y oportunidad en la ejecución del contrato. **PARAGRAFO QUINTO:** 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.



**“ 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>	GJ-P1-F3	
		Versión 2	

### PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será de catorce (14) días y/o hasta agotar el presupuesto oficial, la primera condición que ocurra, contado a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, la cual deberá ser firmada entre el Supervisor y el Contratista máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la firma del contrato. Para su ejecución se requerirá de la expedición del registro presupuestal y la aprobación de la garantía única y suscripción del acta de inicio.

El contrato tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más, el término adicional al de ejecución será sólo para fines de liquidación del contrato o de sancionar al contratista en el evento que sea procedente.

### OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato
2. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual evitando dilaciones y trabas que afecten el debido desarrollo.
3. Llevar registros, archivos y controles que se requieran para brindar información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo.
4. Acatar las observaciones que formule el Hospital Departamental de Granada E.S.E., a través del supervisor durante la vigencia del contrato.
5. 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.
6. Mantener informado al Hospital Departamental de Granada E.S.E. de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato.
7. Acreditar el pago al Sistema de Seguridad Social en salud y pensiones, en los términos y porcentajes establecidos en la ley, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, las personas jurídicas deberán acreditar que se encuentran al día en el pago de Aportes a la Seguridad Social Integral y 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
8. Atender los requerimientos efectuados directamente por el contratante o por conducto del supervisor.
9. Constituyen derechos y deberes del CONTRATISTA para efectos del presente contrato los contenidos en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993.
10. Guardar confidencialidad y reserva sobre la información y documentos que por razón de este contrato llegue a conocer.
11. Constituir las garantías.

### 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**:

1. Desarrollar el objeto del contrato, de conformidad con la naturaleza del suministro.
2. Cumplir a cabalidad el objeto del contrato y las disposiciones legales y vigentes.
3. Entregar el bien contratado de primera calidad y acorde a las características ofrecidas y contratadas por la entidad.
4. Los hemocomponentes deberán contar con el correspondiente REGISTRO INVIMA y los correspondientes al manejo de estos bienes.

	<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-F3

Versión 2



5. Mantener los valores ofertados en su propuesta.
6. El contratista deberá contar con los elementos descritos en las especificaciones y deberá atender los requerimientos solicitados por el Hospital Departamental de Granada E.S.E.
7. Entregar los bienes en cantidades y fechas solicitadas, dentro del plazo de ejecución por tiempo y presupuesto asignado.
8. Dar cumplimiento a la normatividad que rige en cuanto el suministro de estos componentes que caben en el desarrollo misional de la institución y de acuerdo a los estándares de Calidad que se mencionan en el Decreto 1011 De 2006, Decreto 1571 de 1993 y Política Nacional De Sangre.
9. Asumir costos de transporte para la entrega de los elementos en el lugar donde los requiera el Hospital Departamental de Granada E.S.E.
10. Dar cumplimiento a las especificaciones técnicas en cada uno de los componentes señalados.
11. La entrega de los hemocomponentes debe realizarse en las instalaciones del Hospital Departamental de Granada E.S.E en la bodega de Almacén o donde estén ubicadas las neveras habilitadas para la conservación de los hemocomponentes, conforme se estipule con el supervisor del contrato.
12. Aceptar los procedimientos administrativos que determine la entidad, para la ejecución del contrato.
13. Las demás inherentes al objeto de la necesidad.

### GARANTIAS

El Artículo 26 del Acuerdo Nro. 203 de 2016 establece las condiciones definidas por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA respecto de las garantías que deben constituir las personas naturales y/o jurídicas que suscriban contratos con el HDG ESE.

El contratista constituirá a su costa y a favor del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA una Garantía Única consistente en póliza de seguros o Bancos legalmente autorizados para funcionar en Colombia, máximo dentro de los dos (2) días siguientes a la firma del contrato. El incumplimiento de la no constitución de la garantía en el tiempo establecido dará lugar a decretar el incumplimiento del contrato. Considera pertinente la constitución de las pólizas que a continuación se describen:

GARANTÍA	PRE-CONTRACTUAL	CONTRACTUAL	POST-CONTRACTUAL	APLICA		PORCENTAJE (%)	PLAZO
				SI	NO		
Amparo de cumplimiento		X		X		10	Igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más contadas a partir de la expedición de las garantías
Calidad de los bienes suministrados				X		15	Igual al término de ejecución del contrato y seis (6) meses más contadas a partir de la expedición de las garantías



**" 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)



GARANTÍA	PRE-CONTRACTUAL	CONTRACTUAL	POST-CONTRACTUAL	APLICA		PORCENTAJE (%)	PLAZO
				SI	NO		
Garantía De responsabilidad civil extracontractual				X		200 SMMLV	El valor equivalente es del 20 % del valor del contrato y en ningún caso será inferior a doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

7

Esta garantía deberá presentarse a favor del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA con NIT 800.037.021-7, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha de suscripción del contrato y requerirá de la aprobación por parte del HOSPITAL.

**Parágrafo.** EL CONTRATISTA se compromete a ampliar el valor de la misma o su vigencia en el evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue o modifique su término de ejecución.

### EXPERIENCIA ACREDITADA

El proponente deberá aportar mínimo 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, su plazo sea no inferior a (1) un mes y cuyo monto sea igual al 50% del presupuesto oficial, 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 contrato de prestación de servicios 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.

### CAPACIDAD JURÍDICA

- 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) 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.



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-F3

Versión 2



- 4) Experiencia acredita (Anexo No. 4 de la invitación) donde el oferente adjunta la experiencia acreditada de acuerdo a lo requerido.
- 5) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio o autoridad competente para acreditar la antigüedad.
- 6) 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.
- 7) Constancia del Certificado de Habilitación vigente.
- 8) CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (RUP) DE LA CÁMARA DE COMERCIO: El proponente persona natural o jurídica, nacional o extranjero con domicilio o sucursal en Colombia, y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal cuando se utilicen estas figuras, deberán presentar con su oferta la certificación de su inscripción en el Registro Único de Proponentes de la Cámara de Comercio de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012, en concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.5.1. del Decreto 1082 de 2015. De conformidad con lo establecido en el numeral 6.1 del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, el Hospital Departamental de Granada Meta, verificará el cumplimiento de los requisitos capacidad jurídica, condiciones de experiencia, capacidad financiera, y organizacional del contratista, tomando la información inscrita en el RUP, en donde consta dichas condiciones. Este certificado debe haber sido expedido dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.

Nota 1: La inscripción en el RUP por parte del proponente y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, debe estar vigente y en firme al momento de la adjudicación del proceso, de conformidad con lo señalado en el artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012, en concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.5.1., del Decreto 1082 de 2015, Circular Externa No. 13 del 13 de junio de 2014 expedida por Colombia Compra Eficiente.

Nota 2: Cuando el proponente sea un Consorcio o Unión Temporal, todos sus miembros deberán acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Entidad en el presente numeral.

El proponente deberá encontrarse inscrito y clasificado en el Registro Único de Proponentes en cualquiera de la siguiente clasificación: 42191700

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
85	12	18	00
85	12	19	00

- 9) Resolución registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, o certificado de calidad de fabricación nacional e internacional. El cual debe presentarse con la propuesta.
- 10) 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 domiciliadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad Colombiana competente.
- 11) 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



**" 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)





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-F3



Versión 2

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.

- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT. Actualizado de acuerdo a la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN.
- 16) 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.
- 17) Certificación bancaria informando el número de la cuenta donde se le pueden consignar los pagos.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

#### FACTOR TÉCNICO Y ECONÓMICO

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., entendido que la modalidad del proceso contractual es de invitación directa y su cuantía no supera los doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes SMMLV y de acuerdo al Manual Interno de Contratación Resolución No. 312 de 2016, en su artículo 5.4 contratación directa describe que para esta modalidad se realizará evaluación de proveedores de bienes y servicios, para los contratos de adquisición, compraventa, suministro, servicios (...). Y de acuerdo a lo estipulado en el Estatuto Interno de Contratación de la Entidad y los términos y condiciones que estipule en la capacidad jurídica y económica se verificara si CUMPLE con los requisitos mínimos del presente proceso contractual.

#### PROPUESTA ECONÓMICA



**" UN HOSPITAL PARA TODOS "**

CALLE 15 CARRERA 2 Y 4

TELÉFONO 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)





## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-F3

Versión 2



El Hospital Departamental de Granada E.S.E., de conformidad al Acuerdo No. 203 de 2016, para la modalidad de contratación directa, de acuerdo a los criterios de selección descritos en el manual interno de contratación Resolución No. 312 de 2016, deberá cumplir de acuerdo a la cuantía del proceso, el valor de la oferta económica del anexo No. 2 debe ser igual o menor del valor asignado. De lo anterior deberá especificar los servicios a prestar de acuerdo al objeto del contrato.

### CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL

Teniendo en cuenta la modalidad de selección del contratista y de acuerdo al objeto a contratar, el Hospital Departamental de Granada E.S.E. no exigirá capacidad financiera ni organizacional mínima como requisito del presente proceso de selección.

### CONDICIONES DE EXPERIENCIA

El Registro Único de Proponentes es el instrumento a través del cual los proponentes deberán acreditar el requisito de experiencia, para tal efecto, las personas naturales o jurídicas o uniones temporales o consorcios o cualquier forma de asociación que participen en este proceso, para efectos de verificación de este requisito, deberán acreditar experiencia como se menciona a continuación:

El proponente deberá Acreditar que cuenta con experiencia específica en procesos de contratación realizados con entidades públicas y/o privadas, cuyo objeto sea en el suministro de hemocomponentes y/o objetos similares, cuyo valor sea igual o superior al cien por ciento (100%) del presupuesto oficial estimado, para la presente contratación, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes para lo cual podrá anexar hasta tres (3) certificaciones de contratos realizados con este objeto y se verificará en el Registro único de Proponentes que se acredite que dichas operaciones comerciales y que sumados sean iguales o superiores al porcentaje solicitado, información que se establecerá de la siguiente manera:

Relación de contrato (s) celebrado(s), Código del clasificador de Bienes y Servicios en el tercer nivel	Valor expresado en SMML
<b>CODIGO DE LA CALSIFICACION UNSPSC</b>	<b>CUANTIA EN SALARIOS MINIMOS</b>
85121801,85121901	48,302 SMMLV

Los proponentes pueden certificar su experiencia en todos o en cualquiera de los códigos requeridos siempre que la experiencia acreditada sume un total de 48,302 SMLMV o más.

Este requisito se acreditará con la información consignada en el Registro Único de Proponentes (RUP) de la Cámara de Comercio, para ello se requiere que el proponente resalte o indique en su RUP los **TRES (3) CONTRATOS** con los cuales pretenda que se le evalué la experiencia.

Los documentos soporte para acreditar la experiencia mínima exigida de los contratos ejecutados, registrados en la propuesta, las certificaciones de los contratos ejecutados y terminados o su respectivamente de liquidación o cualquier otro documento debidamente firmado por el contratante; debe contener como mínimo la siguiente información: - Nombre dl contratante

- Objeto del contrato
- Valor del contrato



**" 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>	GJ-P1-F3	
		Versión 2	

- Actividades ejecutadas
- Fecha de inicio del contrato
- Fecha de terminación del contrato.

Las certificaciones que no cumplan con los anteriores parámetros no se tendrán en cuenta para efectos de evaluación de la propuesta.

### DECLARATORIA DE DESIERTA

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E declara desierto el presente proceso de selección cuando:

- a) No se presente oferta.
- b) Que la oferta resulte admisible en los factores jurídicos, técnicos, financieros y de experiencia previstos en la presente invitación.
- c) Existan causas o motivos que impidan la escogencia del proponente.
- d) El representante legal del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E su delegado no acoja las condiciones técnicas presentadas de acuerdo a la capacidad jurídica exigida y los soportes que de ellos deriven, y pade por la declaratoria de desierto del proceso, caso en el cual deberá motivar su decisión,
- e) Y se presenten los demás casos contemplados en la ley.

### 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, según calendario así:

DESCRIPCIÓN	FECHA Y HORA	LUGAR
Publicación de la invitación y documentos previos.	15 de enero de 2019 7:00 a.m hrs	Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.
Plazo para presentar oferta de la invitación.	17 de enero de 2019 hasta las 03:00 p.m hrs	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
Verificación de cumplimiento de los requisitos exigidos en la invitación.	17 de enero de 2019 hasta las 03:30 p.m hrs	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia
Suscripción de la minuta contractual.	17 de enero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.



### INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-F3

Versión 2



Compromiso de Presupuestal.	Registro	17 de enero de 2019	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia.
Constitución de garantías.		Dentro de los dos (2) días siguientes de la suscripción de la minuta contractual	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia.
Suscripción Acta de inicio.		Dentro de los dos (2) días siguientes de la suscripción de la minuta contractual y la aprobación de garantías	Hospital Departamental de Granada E.S.E. Calle 15 entre Cra. 2 y 4 Granada-Meta piso 3 - oficina de Administración y Gerencia. Página web del Hospital <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> SECOP Página electrónica <a href="http://www.colombiacompra.gov.co">www.colombiacompra.gov.co</a> , Portal único de Contratación.

12

Cordialmente,

**MONICA MARIA DELGADO PINILLOS**  
Gerente E.S.E.

<b>Proyecto:</b>	Julián David Corrales Chacón – Proceso: Técnico de Contratación – Área: Gestión de Talento Humano - Enfoque Servicios Integrales LTDA	
<b>Revisó Jurídicamente:</b>	Diana Marcela Bohórquez Rodríguez – Asesora Jurídica para contratación – Contrato de prestación de servicios No. 007 de 2019 – Hospital Departamental de Granada E.S.E.	



**“ 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>	GJ-P1-F3	
		Versión 2	

## ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha

Señores:

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

Ciudad

13

**ASUNTO: INVITACIÓN DIRECTA No. XXX DE 2018, PARA EL SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS CON PRUEBAS INMUNOHEMATOLOGIA DEL 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 DEL ASUNTO, presentamos esta propuesta para el **“SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS CON PRUEBAS INMUNOHEMATOLOGIA PARA EL 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.
- 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 \_\_\_\_\_
- Que la propuesta tiene una validez de TRECE (13) DÍAS 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.

	<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-F3

Versión 2



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 TRECE (13) 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)



## ANEXO 2 - OFERTA ECONÓMICA

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

**REFERENCIA: INVITACION CERRADA MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. XXX DE 2018 PARA PRESENTAR PROPUESTA.**

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa No. XXX de 2018 que tiene por objeto: "OBJETO".

ITEM	DESCRIPCION	PRESENT.	V/R UNITARIO
1	GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS	UNIDAD VOL. 230-330 ML	
2	PLASMA FRESCO CONGELADO	UNIDAD VOL. 150-300 ML	
3	CRIOPRECIPITADO	UNIDAD VOL. 10-20 ML	
4	PLAQUETAS	UNIDAD VOL. 50-70 ML	
5	PLAQUETAS POR AFERESIS	UNIDAD VOL. 180-220 ML	
6	GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	UNIDAD VOL. 230-330 ML	
7	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA	UNIDAD	
8	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (COOMBS INDIRECTO CUALITATIVO)	UNIDAD	
9	IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS	UNIDAD	
10	HEMOCLASIFICACION ABO Y FACTOR RH	UNIDAD	
11	FENOTIPAJE DEL RH	UNIDAD	
12	COOMBS DIRECTO	UNIDAD	

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.



## INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-F3

Versión 2



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,

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



**“ 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>	GJ-P1-F3	
		Versión 2	

### ANEXO 3 - COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Lugar y fecha

Señores

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

17

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].

Atentamente,

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



# INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

GJ-P1-F3

Versión 2



## ANEXO No. 4- FORMULARIO DE EXPERIENCIA

Lugar y fecha

Doctora.  
**MONICA MARIA DELGADO PINILLOS**  
Gerente.  
Hospital Departamental de Granada E.S.E.  
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.  
Granada-Meta.

18

**Referencia:** Proceso de Modalidad de Selección por Invitación directa No. XXX de 2018 que tiene por objeto: "OBJETO".

**Asunto: Experiencia**

El proponente debe diligenciar este formulario, consignando en él la experiencia que pretenda hacer valer en el presente proceso.

NÚMERO DEL CONTRATO	SECUENCIA EN EL RUP	OBJETO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALOR Y PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	FECHA DE TERMINACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)

Atentamente,

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

Nombre: [Insertar información]

Cargo: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:



**" 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)

