



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

INVITACIÓN PÚBLICA – FFDS – MC – 060 -2012

1. OBJETO:

Contratar el servicio de avalúo técnico de bienes muebles de propiedad del fondo financiero distrital de salud.

1.1 DESCRIPCIÓN:

Contratar el servicio de avalúo técnico para efectos contables, de los bienes muebles de propiedad del Fondo Financiero Distrital de Salud que de acuerdo con la circular externa No. 060 de 2005 expedida por la Contaduría General de la Nación hayan sido adquiridos por la entidad a partir de la entrada en vigencia de la mencionada circular externa y cuyo valor en libros, individualmente considerados, sea superior a treinta y cinco (35) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS:

Para el cumplimiento del objeto anteriormente descrito es necesario el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Establecer el avalúo técnico para efectos contables, de los bienes muebles de propiedad del Fondo Financiero Distrital de Salud que cumplan con las características establecidas en la circular externa No. 060 de 2005 expedida por la Contaduría General de la Nación. ✓
2. Definir junto con el supervisor del contrato el cronograma de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el mismo. ✓
3. Aplicar para la asignación de valor a los bienes públicos, cualquiera de los métodos de reconocido valor técnico considerados como tal por la Contaduría General de la Nación con estrictos fines de revelación en la información contable o en general, otros que estén considerados como de reconocido valor técnico. ✓
4. Designar para el desarrollo del contrato, personas expertas, con la idoneidad y capacidad para realizar avalúos de bienes muebles. ✓
5. Establecer del total de bienes de propiedad del Fondo Financiero Distrital de Salud, aquellos que sean objeto de avalúo de acuerdo con el numeral 3.6 de la circular externa No. 060 de 2005 expedida por la Contaduría General de la Nación. ✓
6. Una vez se firme el acta de inicio del contrato, establecer el método de reconocido valor técnico que se aplicará o si es necesario aplicar diferentes métodos de acuerdo con la naturaleza de los bienes a avaluar. ✓



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

7. Definir con el supervisor del contrato y de común acuerdo con el profesional especializado responsable de la contabilidad del Fondo Financiero Distrital de Salud, la forma como se entregarán los informes parciales y el informe final del contrato.
8. Presentar el inventario físico de los bienes objeto de avalúo.
9. Presentar para el pago, documento que acredite el pago de los aportes a la Seguridad Social, acorde con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

3. CONDICIONES TÉCNICAS

- El proponente deberá acreditar la idoneidad y capacidad técnica del personal que prestará el servicio, según lo estipulado en el Numeral correspondiente a los Habilitantes de Contenido Técnico descritos en la presente invitación.
- El proponente deberá garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las actividades descritas en la presente invitación.

4. **SUPERVISIÓN:** La supervisión del contrato resultante del presente proceso de selección será realizada por parte del Profesional Especializado Código 222 Grado 30 de la Dirección Financiera - Contabilidad de la Secretaría Distrital de Salud.

5. **LUGAR DE EJECUCIÓN:** Las actividades se desarrollarán principalmente en la ciudad de Bogotá D.C., Secretaria Distrital de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81 y/o donde se encuentren ubicados los bienes materia de avalúo.

6. **PLAZO DE EJECUCIÓN:** El contrato resultante del presente proceso de selección, tendrá un plazo de tres (3) meses, contados a partir de la suscripción del acta de iniciación del contrato suscrita entre el Supervisor y el Contratista, previo perfeccionamiento y cumplimiento de los requisitos de legal ejecución

7. PRESUPUESTO OFICIAL:

El valor, destinado para este proceso de selección es de CINCUENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL PESOS (\$54.860.000), incluido IVA.)

El valor del contrato final será el valor de la propuesta favorecida, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente y las condiciones establecidas en esta invitación. *efb*

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

NOTA: Las propuestas presentadas por los proponentes no deberán sobre pasar el valor del presupuesto oficial establecido por la entidad, en caso que esta sobrepase el monto allí establecido, la propuesta será RECHAZADA.

El valor propuesto deberá contemplar los gastos y descuentos que se generan para la suscripción y legalización del contrato y los pagos por impuestos, seguros y demás gastos de acuerdo a la ley.

8. FORMA DE PAGO:

El valor del contrato resultante del presente proceso de selección, se realizara en un (1) pago, por el Fondo Financiero Distrital de Salud, en la ciudad de Bogotá, D.C., a la terminación del contrato previa presentación del informe final, certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato, factura o cuenta de cobro según corresponda y certificación de aportes parafiscales del período correspondiente El desembolso se efectuará dentro de los treinta (30) días siguientes de la presentación de la factura o cuenta de cobro, una vez se cuente con el respectivo PAC.

9. CAUSALES DE RECHAZO.

1. Cuando la propuesta no se ajuste a las condiciones de la invitación, es decir, cuando carece de alguno de los documentos esenciales o no cumpla con lo estipulado para cada uno de ellos, a menos que hubiere posibilidad de subsanar.
2. Cuando al proponente se le haya requerido para que subsane o aclare un documento de la propuesta y no lo haga dentro del término que establezca la entidad, o subsane de manera deficiente.
3. Cuando se presenten dos o más propuestas por un mismo proponente, por si o por interpuesta persona, o cuando una persona sea parte o miembro de otro proponente.
4. Cuando las personas naturales o los socios o asociados de la persona jurídica o los miembros del consorcio o unión temporal que presentan propuesta, hagan parte a otro proponente que también haya presentado propuesta.
5. Cuando un proponente intente influir directamente o por interpuesta persona en el procedimiento de selección, sin perjuicio de las acciones legales que pueda incoar **LA ENTIDAD**.
6. Cuando el proponente si es persona natural o el representante legal, los socios o asociados de la persona jurídica o los miembros del consorcio o unión temporal que presentan propuesta se encuentre incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad establecidas en la Constitución Política, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, y en las demás disposiciones legales vigentes.
7. Cuando la propuesta se presente de forma extemporánea o en lugar diferente al indicado en esta invitación o después de la fecha y hora fijadas en el cronograma de esta invitación. *efb*

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HU^{MA}NA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

8. Cuando la vigencia de la propuesta sea inferior al solicitado en esta invitación
9. Cuando el proponente no tenga la capacidad jurídica para presentar la propuesta.
10. Cuando la propuesta se presente con condicionamientos para la adjudicación de la presente invitación.
11. En el evento en que de la corrección aritmética el valor total ofertado por el proponente, supere valor del presupuesto oficial.
12. Cuando se compruebe que dentro de los cinco (5) años anteriores a la presentación de propuesta, el oferente o uno de los conformantes de cualquier forma de asociación para la presentación de la propuesta, consorcio o unión temporal, o sus representantes legales haya infringido las normas relativas a lavados de activos.
13. Cuando el proponente manifieste y/o acredite en su propuesta que no ha sido sancionado (multas, declaratorias de incumplimiento, declaratorias de caducidad) y la entidad corrobore que dicha información **NO** es veraz de acuerdo con lo establecido en la numeral 7 artículo 26 de la ley 80 de 1993.
14. Cuando la oferta sea enviada por correo, correo electrónico, medio magnético o fax.
15. La no presentación del poder con nota de presentación personal ante notario público o autoridad competente, cuando la propuesta sea presentada a través de apoderado.
16. Cuando el proponente o alguno de los integrantes del consorcio o unión temporal se encuentre en alguna de las causales de disolución y/o liquidación de sociedad.
17. Cuando el proponente o alguno de los integrantes del consorcio o unión temporal se encuentre reportado en el boletín de responsables fiscales que expide la Contraloría General de República.
18. Cuando el objeto social principal del oferente, o de cada uno de los miembros que conforman la unión temporal o consorcio o la actividad mercantil del comerciantes no tenga una relación directa con el objeto de la contratación.
19. Cuando el proponente sea declarado como **NO CUMPLE** en algunos de los aspectos jurídicos, financieros (cuando se requiera) técnicos de verificación de su propuesta.
20. Si se trata de personas jurídicas nacionales o extranjeras, su duración no deberá ser inferior al plazo de ejecución del contrato y un (1) año más, contado a partir de la fecha de cierre. Deben tener domicilio en Colombia o sucursal y su objeto social debe permitirle ejecutar el objeto del contrato.
21. Cuando los documentos necesarios para la comparación de la propuestas, presenten enmendaduras o correcciones que no aparezcan debidamente autorizadas con la firma del proponente o la de la persona que suscribe el documento.

NOTA: Las anteriores causales descritas en este documento serán las únicas causales de rechazo de la oferta, y las contenidas en los documentos técnicos y anexos se tomarán como no escritas.

10. CAUSALES DE DECLARATORIA DE DESIERTO.

LA ENTIDAD podrá declarar desierto el presente procedimiento cuando:

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1. Habiéndose presentado únicamente una propuesta ésta no cumpla con los requisitos mínimos exigidos o incurra en alguna causal de rechazo.
2. Cuando ninguna de las ofertas cumplan con los requisitos exigidos en la presente invitación.
3. Cuando no se hubiere presentado proponente alguno.

11. CRONOGRAMA DEL PROCESO.

El proceso de selección que se adelanta, se desarrollará según la cronología establecida a continuación.

PROCEDIMIENTO	FECHA
1. Invitación Pública y Estudios Previos. Estos documentos podrán ser consultados de manera física en el Sexto Piso, Dirección Jurídica y de Contratación, del Edificio Administrativo de la Secretaría Distrital de Salud, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 de la ciudad de Bogotá D. C. o en medio magnético en la página Web: www.contratos.gov.co ; www.contratacion.gov.co	Diciembre 19 de 2012
2. Recepción de ofertas y cierre. Las ofertas se recibirán en el Sexto Piso, Dirección Jurídica y de Contratación, del Edificio Administrativo de la Secretaría Distrital de Salud, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 de la ciudad de Bogotá D. C.	Desde Diciembre 19 Hasta el 20 de Diciembre a las 04:00 P.M.
3. Verificación de Requisitos habilitantes al proponente que ofertó el precio más bajo.	Diciembre 21 de 2012
4. Término para subsanar requisitos habilitantes. Se deberán allegar las aclaraciones y/o requerimientos realizados para subsanar al Sexto Piso, Dirección Jurídica y de Contratación, del Edificio Administrativo de la Secretaría Distrital de Salud, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 de la ciudad de Bogotá D. C.	Diciembre 24 de 2012 a las 3:45 P.M.
5. Publicación de Informe de Requisitos habilitantes del proponente que ofertó el precio más bajo. El informe de requisitos habilitantes se publicará en la página Web: www.contratos.gov.co ; www.contratacion.gov.co	Diciembre 26 de 2012

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

6. Observaciones al Informe de Evaluación y requisitos Habilitantes. Se recibirán en el Sexto Piso, Dirección Jurídica y de Contratación, del Edificio Administrativo de la Secretaría Distrital de Salud, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 de la ciudad de Bogotá D. C o en medio electrónico en el correo electrónico: contratación@saludcapital.gov.co	Diciembre 27 de 2012
7. Respuestas a las observaciones y Comunicación de aceptación o declaración de desierta, se publicaran en la pagina Web: www.contratos.gov.co ; www.contratación.gov.co	Diciembre 28 de 2012

NOTA: Advirtiendo que el proponente con la propuesta más baja, no lograse subsanar el requerimiento realizado por la entidad o lo realizare de forma deficiente, y teniendo en cuenta que el procedimiento establecido por la normativa vigente nos indica que debemos realizar el mismo procedimiento con la segunda propuesta más baja y así sucesivamente, este cronograma será modificado según el desarrollo del proceso.

12. DIRECCIÓN DE PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS U OFERTAS Y PUBLICACIÓN DEL PROCESO:

La propuesta debe presentarse en sobre cerrado (en original y copia), con oficio remitario dirigido a la Dirección Jurídica – Subdirección de Contratación, radicado en la ventanilla de la Dirección Jurídica y de Contratación ubicada en el sexto (6) piso de la torre administrativa, en la carrera 32 No. 12-81, en horario y en la fecha establecida en el cronograma de esta invitación. En consecuencia, **LA ENTIDAD**, rechazará la oferta que sea entregada en lugar físico y/o electrónico diferente al indicado aquí o después de la fecha y hora fijadas en el cronograma de esta invitación. **No se aceptarán, y será causal de RECHAZO la propuesta enviada por correo, fax o cualquier otro medio telemático y/o radicada en cualquier otra dependencia distinta a la indicada en esta invitación.**

NOTA: El interesado en presentar propuesta, deberá estar con prudente tiempo de antelación para la radicación de la propuesta, previendo cualquier tipo de contratiempo de orden público, incidente o logística propia del acceso al edificio, por lo que **LA ENTIDAD** no se hace responsable de estos hechos.

La entidad publicará la Invitación a través del SECOP, como también en la página Web www.contratacionbogota.gov.co link portal de contratación a la vista, ruta procesos en curso, tipo de proceso Procesos Mínima Cuantía - Entidad Fondo Financiero Distrital de Salud.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

13. DIRECCIÓN DE PRESENTACIÓN DE LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN Y/O INFORME DE EVALUACIÓN Y REQUISITOS HABILITANTES

Las observaciones a la invitación como al informe de evaluación y de requisitos habilitantes, podrán ser radicadas en el Sexto Piso, Dirección Jurídica y de Contratación, del Edificio Administrativo de la Secretaría Distrital de Salud, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 de la ciudad de Bogotá D. C o en medio electrónico en el correo electrónico: contratación@saludcapital.gov.co, en la fecha establecida en el cronograma de la presente invitación.

En consecuencia, **EL FONDO** no se hará responsable de las observaciones que sean entregadas en lugar físico y/o electrónico diferente al indicado aquí o después de la fecha y hora fijadas en el cronograma de esta invitación.

14. PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta debe contener todos los documentos exigidos en esta invitación, como el valor de la propuesta económica, debe ser sobre todo lo requerido por **LA ENTIDAD**, no se aceptan propuestas parciales, debe presentarse en el orden que se indica, debe estar escrita en letra imprenta o por otro medio electrónico en idioma castellano (en todo caso legible), debe tener un índice, estar foliada hoja por hoja en estricto orden consecutivo, organizada y legajada, sin tachones ni enmendaduras, raspaduras o borradores que hagan dudar del ofrecimiento, a menos que se haga la salvedad respectiva, la cual se entiende efectuada con la firma del proponente al pie de la corrección. Los oferentes deberán presentar su propuesta, así:

En sobre cerrado (en original y copia), con oficio remisario dirigido a la Dirección Jurídica – Subdirección de Contratación. Esta propuesta debe contener la propuesta económica discriminando así: valor unitario y valor total por los bienes y/o servicios a ofrecer, discriminando el IVA, de acuerdo con las especificaciones definidas. Tener en cuenta para la propuesta económica el anexo 2 de esta invitación.

No se aceptarán propuestas enviadas por correo, fax o cualquier otro medio telemático y/o radicada en cualquier otra dependencia distinta a la indicada en esta invitación. Los proponentes deberán asumir todos los costos que genere la preparación de la propuesta, razón por la cual, LA ENTIDAD no se hará responsable de dichas erogaciones, como quiera que correrán por cuenta y riesgo del proponente.

15. VIGENCIA DE LA PROPUESTA:

La vigencia de la propuesta será de (2) meses, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La propuesta será obligatoria para el proponente una vez sea conocida por **LA ENTIDAD**, esto es, una vez sea abierta en la audiencia de cierre. Por lo tanto, durante el periodo de vigencia de la propuesta, el proponente no podrá retirarla, ni menoscabar o derogar los efectos de la misma.

El solo hecho de la presentación de la propuesta no obliga en forma alguna a **LA ENTIDAD** a aceptarla, ni confiere ningún derecho para celebrar el contrato con quien la presente.

La demostración de las Condiciones Habilitantes que se **EXIGEN** requisitos necesarios para participar en éste proceso son las siguientes:

16. VERIFICACIÓN REQUISITOS HABILITANTES:

La verificación de los requisitos habilitantes se hará exclusivamente en relación con el proponente con el precio más bajo. Una vez determinado lo anterior, se realizará la verificación así:

FACTORES	CUMPLIMIENTO
VERIFICACIÓN JURÍDICA	CUMPLE – NO CUMPLE
VERIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLE – NO CUMPLE

17. HABILITANTES DE CONTENIDO JURÍDICO:

17.1. CONDICIONES RELATIVAS A LA CAPACIDAD JURÍDICA Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS.

Los Proponentes individuales o que presenten su Propuesta bajo las formas asociativas permitidas por la ley, deben:

- Tener capacidad para contratar conforme a las normas legales (artículo 6 de la Ley 80 de 1993).
- Si se trata de personas jurídicas nacionales o extranjeras, su duración no deberá ser inferior al plazo de ejecución del contrato y un (1) año más, contado a partir de la fecha de cierre. Deben tener domicilio en Colombia o sucursal y su objeto social debe permitirle ejecutar el objeto del contrato.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- c) En el caso de los Consorcios o Uniones Temporales cada miembro de la asociación debe cumplir individualmente con el requisito exigido en los literales a) y b).

Así, mismo debe haberse conformado antes de la fecha de presentación de la propuesta por un término de duración no inferior al plazo de ejecución del contrato y un año más, contado a partir de la fecha de cierre de este procedimiento de selección.

Las calidades y demás requisitos exigidos a los proponentes en la invitación deberán acreditarse mediante los documentos expedidos por la entidad y/o autoridad que fuere competente conforme a la Ley colombiana y a lo previsto en la invitación.

17.1.1. DOCUMENTOS PARA ACREDITAR LA CAPACIDAD JURÍDICA.

Todos los Proponentes, esto es, todas las personas que presenten oferta de manera individual o como integrantes de un Consorcio o Unión Temporal, deben presentar los documentos relacionados a continuación:

17.1.2 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. Anexo 1.

El proponente podrá diligenciar y allegar la carta de presentación siguiendo el anexo establecido para el efecto. Lo importante para **LA ENTIDAD** es que la carta de presentación de la propuesta contenga todas las manifestaciones plasmadas en el anexo 1, por lo que no importa el modelo que se utilice, ni el orden de diligenciamiento, lo importante es que contenga toda la manifestación requerida y plasmada allí. En la carta de presentación de la propuesta se deberá indicar la calidad en la que se participa en el presente proceso, ya sea como: Persona natural, Personas jurídica, Consorcios o Uniones Temporales conformados por personas naturales o jurídicas o promesa de sociedad.

La carta de presentación de la propuesta podrá ser diligenciada en el anexo1, de esta invitación este tiene como finalidad que el proponente exprese de manera clara e inequívoca que conoce los términos del proceso de selección, que acepta sus condiciones y que cumple con los requisitos y exigencias de orden jurídico.

Quien constituya apoderado debe tener la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder conforme a la ley, correspondiente con la manifestación expresa de las facultades otorgadas y sus limitaciones.

17.1.3. CEDULA DE CIUDADANÍA, CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y AUTORIZACIÓN DEL ÓRGANO SOCIETARIO CORRESPONDIENTE (SI SE REQUIERE) Ó CERTIFICACIÓN SOBRE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- a) Las personas naturales colombianas y extranjeras: Cédula de ciudadanía o extranjería según el caso.
- b) Las personas jurídicas deben presentar los documentos que acrediten la existencia y representación, en el cual conste que la sociedad está registrada o tiene sucursal en Colombia y que el término de duración no es inferior a la duración del contrato y un año más y que su objeto social incluye actividades que estén relacionadas con el objeto del presente procedimiento de selección. Este certificado debe ser expedido con antelación máxima de treinta (30) días calendario a la fecha de cierre de la presente contratación.

Cuando el proponente obre por conducto de un representante o apoderado, allegará con su propuesta copia del documento legalmente otorgado en el que conste tal circunstancia y las facultades para presentar la propuesta y celebrar contrato.

Si existieren limitaciones en las facultades del representante legal para contratar y comprometer a la sociedad (artículo 196 y 263 del Código de Comercio) o si no es el representante legal principal el que presenta la oferta, **deben adjuntar el documento de autorización expresa del órgano social competente**, en el cual conste que se lo autoriza para presentar la oferta en las condiciones exigidas en la invitación.

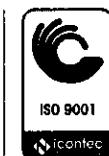
- c) La Persona Natural inscritas en el Registro Mercantil debe acreditar su inscripción en el registro mercantil, mediante certificado expedido por la Cámara de Comercio en la cual se encuentren inscritas, con fecha de expedición no-antelación de (30) días calendarios a la fecha de cierre de la presente contratación, salvo para el caso del ejercicio de las profesiones liberales.

17.1.4 DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL.

Si la propuesta es presentada por un Consorcio o Unión Temporal se debe adjuntar a la propuesta el documento de constitución, de conformidad con lo señalado en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el cual debe:

1. Indicar en forma expresa si su participación es a título de consorcio o unión temporal.
2. Señalar las reglas básicas que regulan su relación. Para el caso de la unión temporal, los términos y extensión de la participación en la propuesta y en las obligaciones derivadas del objeto y de la ejecución del contrato, las cuales no podrá modificar sin el consentimiento previo y escrito de **LA ENTIDAD**.
3. Manifestar su responsabilidad, de manera clara y expresa, sobre todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y de la ejecución del contrato. *efb*

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

4. Cuando se trate de miembros del consorcio la responsabilidad es solidaria e ilimitada; y tratándose de los miembros de la unión temporal, la responsabilidad es solidaria por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación (porcentaje o extensión) en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.
5. Indicar el término de duración, el cual no debe ser inferior a la vigencia del contrato objeto del presente proceso y un (1) año más.
6. Designar el Representante del Consorcio o Unión Temporal quién suscribirá la propuesta y el contrato, de resultar adjudicatario.
7. Manifestar que se compromete a no ceder, a ningún título, su participación en el consorcio o unión temporal a los demás integrantes o a un tercero.
8. Acreditar la existencia y representación de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, en los términos establecidos en la presente invitación.
9. Suscribirse el documento por cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal.

SE PODRÁ DILIGENCIAR EL ANEXO 2 DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO, EN CASO DE QUE LO QUE SE CONSTITUYA SEA UN CONSORCIO O DILIGENCIAR EL ANEXO 6 DOCUMENTOS DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL EN CASO DE QUE LO QUE SE CONSTITUYA SEA UNA UNIÓN TEMPORAL. El proponente podrá diligenciar y allegar el Anexo 2 y Anexo 3 siguiendo el anexo establecido para el efecto. Lo importante para **LA ENTIDAD** es que el documento de consorcio y/o Unión Temporal contenga todas las manifestaciones plasmadas en el anexo 2 y anexo 3 correspondientemente, por lo que no importa el modelo que se utilice, ni el orden de diligenciamiento, lo importante es que contenga toda la manifestación requerida en la ley y esta invitación.

NOTA: Los integrantes del consorcio o unión temporal indicaran que el documento de conformación no contiene adiciones o modificaciones que varíen los términos y condiciones que en el mismo se expresan.

17.1.5 CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES.

El proponente debe acreditar el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral (salud, riesgos profesionales y pensiones) y aportes parafiscales (Cajas de 86

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA), de los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150.

Si es persona jurídica, tal acreditación deberá hacerse mediante una certificación expedida por el Revisor Fiscal, o quien haga sus veces, o el Representante Legal, según el caso. Si es persona natural con personal a cargo, deberá acreditar el cumplimiento de las obligaciones mediante certificación bajo gravedad de juramento que se entenderá prestado con la presentación de la propuesta.

En caso de que el proponente se presente a título de consorcio o unión temporal, cada uno de sus integrantes debe cumplir con este requisito. En todo caso **LA ENTIDAD** se reserva el derecho de solicitar las planillas y pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales.

LA ENTIDAD durante el procedimiento de selección podrá solicitar los soportes de la información antes señalada. En todo caso, **LA ENTIDAD** verificará con los soportes, la información presentada antes de la celebración del contrato correspondiente y antes de cada pago del mismo, en los términos del artículo 50 Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Esta información podrá ser diligenciada en el anexo 3, INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PARAFISCALES. El proponente podrá diligenciar y allegar el anexo establecido para el efecto. Lo importante para **LA ENTIDAD** es que la información de parafiscales, contenga todas las manifestaciones plasmadas en él, por lo que no importa el modelo que se utilice, ni el orden de diligenciamiento, lo importante es que contenga todas las manifestaciones allí establecidas.

17.1.6 VERIFICACIÓN DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES

El proponente podrá allegar el certificado vigente de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República. En caso de las personas jurídicas se allegará el del representante legal. El proponente **NO** debe estar reportado en el boletín de responsables fiscales. Por lo anterior, y en consonancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, por medio del cual se establece el trámite de los procedimientos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías, **LA ENTIDAD** verificará de conformidad con lo establecido en la Ley 962 de 2005, que el proponente y el representante legal, persona natural o jurídica, la Unión Temporal o Consorcio, según se trate, no se encuentre inhabilitada para contratar en según se trate.

17.1.7. VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIO

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En proponente podrá allegar el certificado de antecedentes disciplinarios vigente, expedido por la Procuraduría. En caso de las personas jurídicas se allegará el del Representante legal. El proponente NO debe contar con antecedentes disciplinarios. **LA ENTIDAD** verificará de conformidad con lo establecido en la ley 1238 de 2008, que el proponente y el representante legal, persona natural o jurídica, la Unión Temporal o Consorcio, según se trate, no se encuentra inhabilitada para contratar en los términos de la Ley 734 de 2002 y la Ley 80 de 1993 y 1150 de 2007.

17.1.8. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES JUDICIALES

LA ENTIDAD consultará el certificado judicial vigente del proponente en caso de ser persona natural, o del representante legal en caso de ser persona jurídica. En donde se corroborará que NO cuente con antecedentes judiciales en relación con las condenas que lo inhabilitan para contratar con el ESTADO, de acuerdo lo establecido en el artículo 8 de Ley 80 de 1993, modificado por la ley 1474 de 2011.

17.1.9. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO:

El proponente deberá presentar la información relativa al Régimen Tributario al que pertenece. Para el caso todo proponente debe presentar fotocopia del Formulario del Registro Único Tributario RUT tramitado por la DIAN. En el evento que la propuesta sea presentada por una Unión Temporal o un Consorcio, este anexo deberá presentarse por cada uno de sus miembros.

17.1.10. REGISTRO INFORMACIÓN TRIBUTARIA:

El proponente deberá presentar la información relativa al Registro de Información Tributaria. Expedido por la Dirección Distrital de Impuestos. En el evento que la propuesta sea presentada por una Unión Temporal o un Consorcio, este anexo deberá presentarse por cada uno de sus miembros.

18. HABILITANTES DE CONTENIDO TÉCNICO

IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

El proponente deberá acreditar idoneidad y experiencia de los profesionales que estarán a cargo del proceso de avalúo, mediante presentación de la copia de los títulos profesionales y certificados de experiencia cuando así se requiera:

El proponente deberá ofrecer como mínimo para el desarrollo del contrato, los siguientes profesionales:

4 *280*

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Un contador público con matrícula vigente y experiencia profesional mínima de 5 años.

- Un ingeniero de sistemas
- Un ingeniero biomédico
- Un ingeniero electrónico

El proponente deberá acreditar experiencia en el suministro y/o compraventa de los bienes iguales o similares al presente proceso de selección, mediante mínimo dos (2) certificaciones acompañadas de los respectivos contratos u órdenes de compra, cuya sumatoria sea igual o superior al cien por ciento (100%) del presupuesto oficial estimado y su ejecución sea a partir del 1 de enero de 2010.

Las certificaciones de experiencia deberán contar como mínimo con las siguientes características:

1. Nombre y cargo de la persona que expide la certificación.
2. Dirección y Número de teléfono en el cual se pueda verificar la información.
3. Objeto y actividades del contrato.
4. Valor del contrato, y en caso que dentro de los servicios ofrecidos se encuentre otros diferentes a los aquí requeridos, deberá certificarse de manera puntual los que aquí se requieren.
5. Con la calificación del cumplimiento del objeto del contrato (el cual debe ser como mínimo de BUENO).
6. Fecha de ejecución.

NOTA: El proponente debe de cumplir con la **TOTALIDAD** de las **CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS** en la presente invitación, esta verificación será **CUMPLE O NO CUMPLE**.

19. GARANTÍAS:

En virtud de lo establecido en el artículo 5.1.3. del Decreto 734 de 2012, el contratista favorecido, deberá constituir a favor de la entidad, cualquiera de las clases de garantías que se relacionan a continuación:

1. Póliza de seguros.
2. Fiducia mercantil en garantía.
3. Garantía bancaria a primer requerimiento.
4. Endoso en garantía de títulos valores.
5. Depósito de dinero en garantía.

puede ser amparada mediante póliza de seguro.

Por los siguientes amparos: *EB*

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CUMPLIMIENTO: Por el monto de equivalente al 15% del valor del contrato, por el término de duración del contrato y cuatro (4) meses más.

CALIDAD DEL SERVICIO: Por el monto de equivalente al 15% del valor del contrato, por el término de duración del contrato y un (1) año más

SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES: Por el monto de equivalente al 5% del valor del contrato, por el término de duración del contrato y tres (3) años más.

NOTA: EL CONTRATISTA se obliga a ampliar, modificar o prorrogar la garantía única de cumplimiento, en el evento que se aumente el valor del contrato o se prorrogue o suspenda su vigencia.

CLAUSULA DE INDEMNIDAD: De acuerdo con lo establecido en el artículo 5.1.6 del Decreto 734 de 2012, el contratista se obliga a mantener a la Entidad libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes

Atentamente,

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
Secretario de Despacho
Director Ejecutivo FFDS.

CARMEN LUCIA TRISTANCHO CEDIEL
Directora Administrativa

Revisó: Julio César Macías/Carlos Fernando Meza
12/10/2012

Revisión Jurídica:

Aura Elvira Gomez Martínez - Directora Jurídica y de Contratación

Jenny Madeleine Pomar Castaño - Subdirectora de Contratación

Gustavo Pinto Rubio - Subdirección de Contratación

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

C

C

DESIGNACION DE COMITE ASESOR Y EVALUADOR
PROCESO: FFDS- MC - 060

De acuerdo a los criterios de la selección objetiva establecidos en la invitación y, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 5° de la ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.9 del decreto reglamentario 734 de 2012, cumplirá las funciones allí señaladas y estará conformado de la siguiente manera:

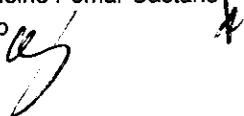
1. Condiciones jurídicas habilitantes: la verificación de las condiciones jurídicas habilitantes estará a cargo de la subdirectora de contratación, quien podrá apoyarse operativamente en sus colaboradores.
2. Condiciones técnicas y económicas: la verificación de las condiciones técnicas habilitantes y de la evaluación técnica y económica estará a cargo de la directora administrativa Dra. CARMEN LUCIA TRISTANCHO CEDIEL quien podrá apoyarse operativamente en sus colaboradores.

Dada en Bogotá, D. C.,



Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital De Salud
Director ejecutivo fondo financiero distrital de salud

Vo. Bo.: Aura Elvira Gomez Martínez
Revisó y aprobó: Jenny Madeleine Pomar Castaño
Proyectó: Gustavo Pinto Rubio



C

C



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

_____ [Lugar y Fecha]

Señores
DIRECCIÓN JURIDICA
SUBDIRECCION DE CONTRATACION
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
Carrera 32 No. 12 – 81
Bogotá D.C.

Asunto: Propuesta para un Proceso de Selección de Mínima Cuantía –
Invitación Pública FFDS-MC-____-2012

Respetados señores:

La presente tiene por objeto ofrecer al Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, _____

Así mismo, el(los) suscrito(s) declara(n) que: _____

Tengo (tenemos) el(los) poder(es) y/o representación legal para firmar y presentar la propuesta.

Me comprometo¹ ó comprometo a la(s) sociedad(s) que legalmente represento para llevar a cabo la ejecución del contrato en los términos establecidos en los estudios previos y en la propuesta presentada. De la misma manera, el contrato será firmado por la(s) siguiente(s) persona³

NOMBRE _____
CEDULA _____
CARGO _____

¹ En caso de ser persona natural el proponente.

² En caso de ser persona jurídica el proponente.

³ En caso de ser persona jurídica el proponente.



C

C



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

NOMBRE DE LA FIRMA _____

He estudiado cuidadosamente los estudios previos y renuncio a cualquier reclamación por ignorancia o errónea interpretación de los mismos.

He revisado detenidamente la propuesta adjunta y no contiene ningún error u omisión.

No me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad y/o incompatibilidad establecidas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y demás normas concordantes.

Para efectos de la suscripción del contrato, me comprometo a:

- Establecer y presentar oportunamente al Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, las garantías contractuales que se pacten.
- Realizar dentro del plazo que fije el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, los trámites necesarios para la firma y legalización del contrato.
- Ejecutar el objeto del contrato, de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en los estudios previos y la propuesta presentada y aprobada por el contratante.
- Cumplir con los plazos establecidos por el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud para la ejecución del objeto del contrato.

Cordialmente,

Firma de la(s) persona(s) autorizada(s) _____

Nombre completo _____

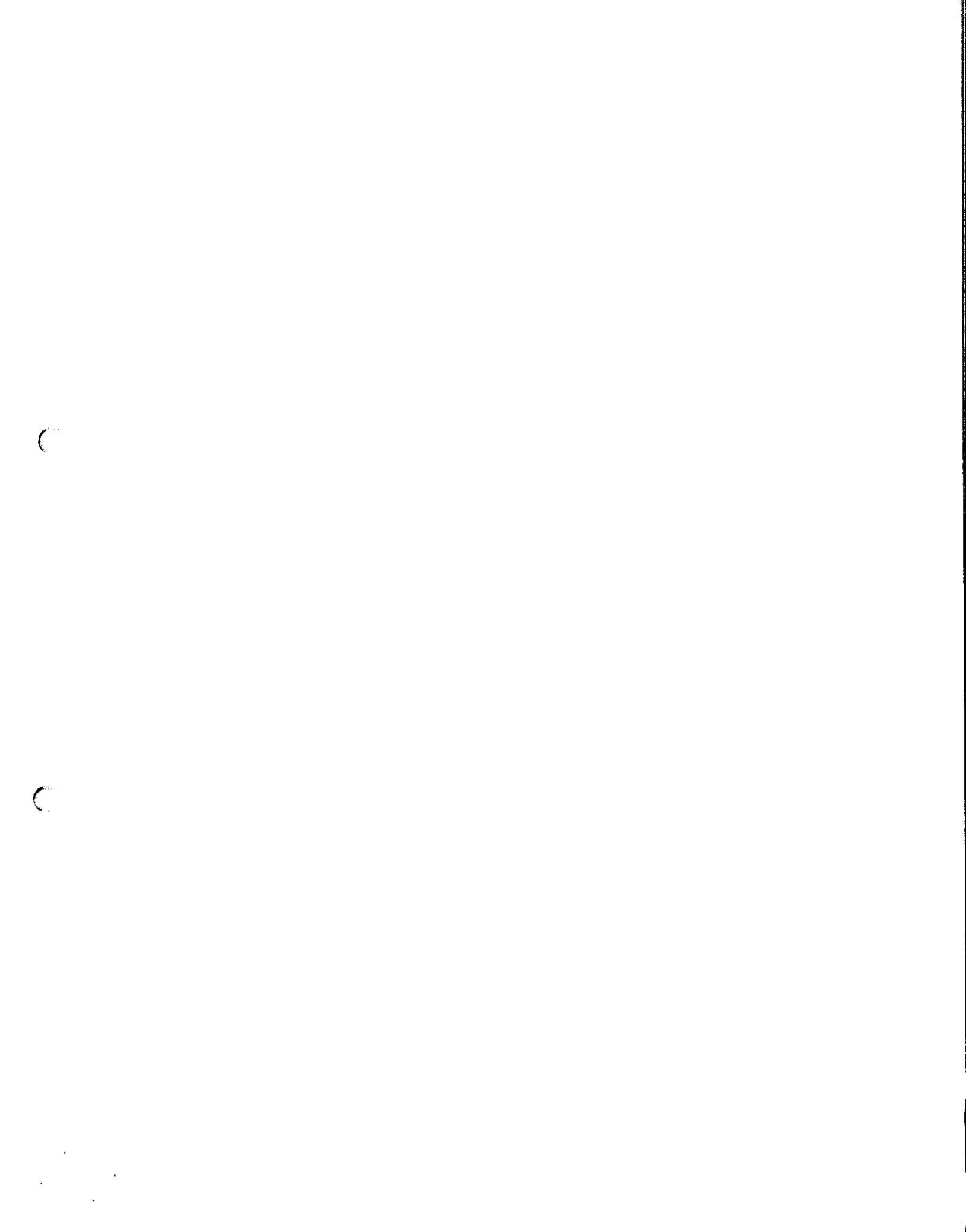
Dirección Comercial _____

Anexo () folios

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 2

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido el CONSORCIO _____ para participar en EL PROCESO DE SELECCIÓN de Mínima Cuantía – Invitación Pública FFDS-MC-_____, que tiene por objeto SELECCIONAR EL PROPONENTE QUE OFREZCA LAS MEJORES CONDICIONES PARA : “Diligenciar el objeto”.

Integrantes del consorcio: _____.

Representante: _____.

Duración: Tener como mínimo una duración igual a la vigencia del contrato y un año más.

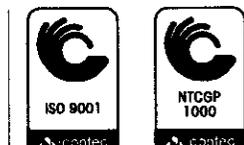
Compromiso: Al conformar el consorcio para participar en el presente proceso de selección, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones originadas en el contrato frente a La Entidad.
3. No ceder su participación en el consorcio a otro integrante del mismo.
4. No ceder su participación en el consorcio a terceros sin la autorización previa de La Entidad.

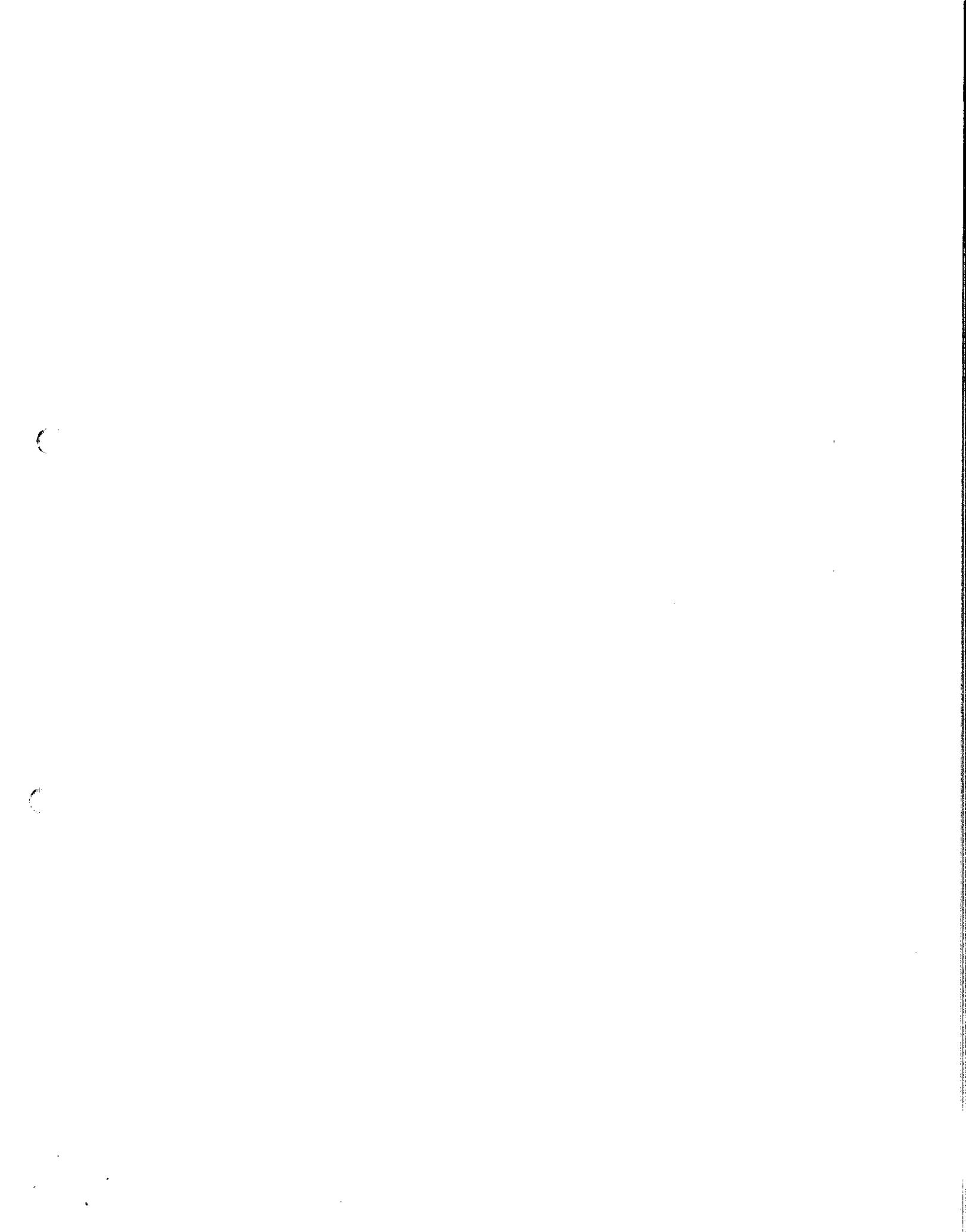
ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CONSORCIO: Para la ejecución del contrato resultado del presente proceso de selección, el Representante Legal del Consorcio tendrá las siguientes facultades: (incorporar las que decidan sus miembros).

Para constancia se firma a los _____ días del mes de _____ de 201

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 3

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido la UNIÓN TEMPORAL _____ para participar en EL PROCESO DE SELECCIÓN de Mínima Cuantía – Invitación Pública FFDS-MC-_____ 2012, que tiene por objeto SELECCIONAR EL PROPONENTE QUE OFREZCA LAS MEJORES CONDICIONES PARA : “Diligenciar el objeto”.

Integrantes de la Unión temporal: _____.

Representante: _____.

Aportes: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: _____.

Ejecución: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: _____.

Duración: Tener como mínimo una duración igual a la vigencia del contrato y un año más.

Compromiso: Al conformar la unión temporal para participar en el presente proceso de selección, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones originadas en el contrato frente a la Entidad.
3. Responder ante las sanciones por incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato, de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal.
4. No ceder su participación en la Unión Temporal a otro integrante de la misma.
6. No ceder su participación en la Unión Temporal a terceros, sin la autorización previa de la Entidad.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIÓN TEMPORAL: Para la ejecución del contrato resultado del presente proceso de selección, el Representante Legal de la Unión Temporal tendrá las siguientes facultades: (incorporar las que decidan sus miembros).

Para constancia se firma a los _____ días del mes de _____ de 201_.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

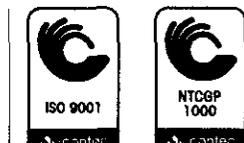


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIÓN TEMPORAL: Para la ejecución del contrato resultado del presente proceso de selección, el Representante Legal de la Unión Temporal tendrá las siguientes facultades: (incorporar las que decidan sus miembros).

Para constancia se firma a los _____ días del mes de _____ de 201_.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

C

C



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 4

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART. 50 LEY 789/02)

*[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal, el Revisor
Fiscal o Persona natural conpersonal a cargo]*

Yo, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía), identificada con el Nit. No. _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, _____, certifico el pago de los siguientes aportes _____, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado (a) con la C.C. No. _____ y con la Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor(a) Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con el Nit No. _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ en mi calidad de proponente con personal a cargo SI _____ NO _____, certifico el pago de los siguientes aportes _____, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1670 de 2007. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberán tener en cuenta los plazos dispuestos para tal efecto en esa misma norma.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

C

C



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

FECHA DE EXPEDICIÓN _____

Firma:* _____
Nombre: _____
Cargo _____

*Representante Legal o Revisor Fiscal (según el caso)

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

C

C



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 5

PROPUESTA ECONÓMICA

Nombre o razón social del proponente: _____

INFORMACION ECONÓMICA

Ítem No.	Tipo de Servicio	Características o condiciones técnicas	Valor sin IVA	Valor de IVA	Valor total
1.					
	TOTALES				\$

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: El valor total propuesto no debe superar el valor de la disponibilidad Presupuestal dispuesta en los presentes términos de referencia.

Observaciones: _____

Firma del Proponente _____

Nombre Completo de quien firma por el proponente debidamente autorizado:

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	<p>DIRECCIÓN FINANCIERA - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORMACIÓN A TERCEROS - PERSONAS JURÍDICAS Código: 114 - FN - FT 21 V.01</p>	<p>Elaboró: Yuki Bautista Revisó: Félix Gonzalo Díaz Aprobó: Alberto Angel Rodríguez Control documental: Planeación y Sistemas - Grupo SIG</p>																						
<p>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD DIRECCION FINANCIERA INFORMACION DE TERCEROS PERSONAS JURÍDICAS</p>																								
<p>DATOS GENERALES</p>																								
<p>NOMBRE O RAZON SOCIAL: <input type="text"/></p> <p>NI: <input type="text"/> DIGITO DE CONTROL: <input type="text"/> CODIGO DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO: <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="001"/></p> <p>DIRECCION: <input type="text"/> TELEFONOS: <input type="text"/></p>																								
<p>INDUSTRIA Y COMERCIO</p>																								
<p>SOPORTE INSCRIPCION RT: <input type="text"/> RÉGIMEN AL QUE PERTENECE: <input type="text"/></p> <p>DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: <input type="text"/> CODIGO: <input type="text"/></p> <p>CIUDAD DONDE REALIZA LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE A ESTE PAGO: <input type="text"/> TARIFA: <input type="text"/></p>																								
<p>IMPUESTO A LAS VENTAS</p>																								
<p>RÉGIMEN AL QUE PERTENECE: <input type="text"/> ACTIVIDAD EXENTA O EXCLUIDA: <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p> <p>Si corresponde a un Consorcio o Unión Temporal, favor adjuntar la Resolución de Distribución de participación de los consorciados.</p>																								
<p>INFORMACION TRIBUTARIA</p>																								
<table border="1"> <tr> <td>ENTIDAD ESTATAL</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No.</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>AUTORRETENEDOR. Resolución No.</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1)</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>				ENTIDAD ESTATAL	SI	NO	GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No.	SI	NO	AUTORRETENEDOR. Resolución No.	SI	NO	DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1)	SI	NO	LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)	SI	NO	RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ	SI	NO	ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO	SI	NO
ENTIDAD ESTATAL	SI	NO																						
GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No.	SI	NO																						
AUTORRETENEDOR. Resolución No.	SI	NO																						
DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1)	SI	NO																						
LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)	SI	NO																						
RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ	SI	NO																						
ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO	SI	NO																						
<p>Si la actividad no es sujeta de Industria y Comercio, explique Porqué?: <input type="text"/></p>																								
<p>(1) Si no es declarante del Impuesto a la Renta, explique Porqué?: <input type="text"/></p>																								
<p>(2) Esta información solo se requiere para los contratos de consultoría, debe anexar el documento en el cual consta el cálculo por el Factor Multiplicador.</p>																								
<p>OBSERVACIONES: <input type="text"/></p>																								
<p>NOMBRE DEL RESPONSABLE: <input type="text"/></p> <p>FIRMA: <input type="text"/></p> <p>CC. No.: <input type="text"/></p>																								

6

ATO

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA