



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROCESO DE SELECCIÓN POR MÍNIMA CUANTÍA

FFDS – MC 073-2013

INVITACION PÚBLICA

OBJETO: Contratar las pólizas de Responsabilidad Civil Extracontractual e Infidelidad y Riesgos Financieros para metodologías acreditadas y por acreditar en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud”

CRONOGRAMA DEL PROCESO

ACTIVIDAD	FECHA Y HORA	LUGAR
Publicación de: 1. Estudios y documentos previos. 2. Invitación Pública.	10 de diciembre de 2013.	En la página del SECOP: www.contratos.gov.co , o www.colombiacompra.gov.co ; y en el portal de Contratación a la Vista www.contratacionbogota.gov.co . También podrán ser consultados en la Dirección Jurídica y de Contratación, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 Piso 6 torre administrativa, de la ciudad de Bogotá D. C.
Término para la presentación de observaciones a la invitación	11 de diciembre de 2013, hasta las 4:00 p.m.	En la página del SECOP: www.contratos.gov.co , o www.colombiacompra.gov.co ; y en el portal de Contratación a la Vista www.contratacionbogota.gov.co .
Término máximo para dar respuesta a las observaciones.	12 de diciembre del 2013.	Página del SECOP: www.contratos.gov.co , o www.colombiacompra.gov.co ; y en el portal de Contratación a la Vista www.contratacionbogota.gov.co .
Término para la presentación de Propuestas, y Cierre del proceso	13 de diciembre al 16 de diciembre de 2013. Audiencia a las 11:00 a.m. del día 16 de diciembre.	Las ofertas se recibirán en, Dirección Jurídica y de Contratación, ubicada en la Carrera 32 No. 12 - 81 6 piso edificio administrativo de la ciudad de Bogotá D. C.
Publicación Informe de Verificación de los requisitos habilitantes.	17 al 18 de diciembre de 2013.	Página del SECOP: www.contratos.gov.co , o www.colombiacompra.gov.co ; y en el portal de Contratación a la Vista www.contratacionbogota.gov.co .
Plazo para presentar observaciones sobre la verificación de los documentos habilitantes.	19 de diciembre del 2013 hasta las 04:00 p.m.	Página del SECOP: www.contratos.gov.co , o www.colombiacompra.gov.co ; y en el portal de Contratación a la Vista www.contratacionbogota.gov.co .
Publicación de la comunicación de aceptación de la oferta o declaratoria de desierto y respuesta a las observaciones.	20 de diciembre del 2013.	Página del SECOP: www.contratos.gov.co , o www.colombiacompra.gov.co ; y en el portal de Contratación a la Vista www.contratacionbogota.gov.co .

NOTA: Advirtiéndose 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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

propuesta más baja y así sucesivamente, este cronograma será modificado según el desarrollo del proceso.

CAPITULO 1

INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO

1.1. OBJETO

Contratar las pólizas de Responsabilidad Civil Extracontractual e Infidelidad y Riesgos Financieros para metodologías acreditadas y por acreditar en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud”

1.2. PLAZO DE EJECUCIÓN:

Las pólizas adquiridas mediante el presente proceso de selección tendrán una vigencia de doce (12) meses contados a partir de la Publicación de la comunicación de aceptación de la oferta por parte de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud.

1.3. PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial para el contrato que se celebre como resultado del presente proceso de Selección de Mínima Cuantía, es de DOCE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHENTA PESOS (\$12.243.080) MONEDA CTE. INCLUIDO IVA., producto del estudio de mercado.

La Entidad para amparar el contrato resultante del presente proceso de selección, cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No 4973 del 18 de noviembre de 2013 con cargo al rubro código No. 33 331 33114 01 02 869-106 Denominado: “Una ciudad sup.segreg.discr.: ser humano centr Terr. Saludables red salud vida desde la diversidad Salud para el buen vivir” para la vigencia 2013, , por la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) MONEDA CORRIENTE.

Parágrafo: El valor ofertado debe incluir todos los impuestos, tasas y contribuciones a que tuviere lugar.

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1.4. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO

Dadas las características del objeto contractual, el contrato a celebrar es un Contrato de Seguros conforme con lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y la legislación civil.

1.5. FORMA DE PAGO

El valor del contrato resultante del presente proceso de selección será el valor adjudicado y se pagará de la siguiente manera:

- El Fondo Financiero Distrital de Salud pagará el valor total de las primas dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la entrega de cada una de las pólizas y/o certificados, previa disponibilidad y programación del PAC y a la radicación de la factura o cuenta de cobro, soportada con la certificación de recibo a satisfacción de las pólizas emitida por el Supervisor del contrato.
- El Fondo Financiero Distrital de Salud pagará el valor de las primas objeto del contrato resultante de este proceso de contratación, a través de transferencia electrónica – abono a cuenta bancaria, para lo cual la Aseguradora diligenciará el formato que para el efecto le suministre la Dirección Financiera de la Secretaría Distrital de Salud.

Las facturas deben cumplir con las características establecidas en la normatividad vigente.

1.6. CAUSALES DE RECHAZO DE LA OFERTA

- a) 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.
- b) 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.
- c) Cuando se presenten dos o más propuestas por un mismo proponente, por sí o por interpuesta persona, o cuando una persona sea parte o miembro de otro proponente.
- d) Cuando las personas naturales o los socios o asociados de la persona jurídica o los miembros del consorcio o unión temporal que presentan

del



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- propuesta, hagan parte a otro proponente que también haya presentado propuesta.
- e) Cuando un proponente intente influir directamente o por interpuesta persona en el procedimiento de selección, sin perjuicio de las acciones legales que pueda incoar a la **ENTIDAD**.
 - f) Cuando el proponente 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.
 - g) Cuando la propuesta se presente de forma extemporánea o en lugar diferente.
 - h) Cuando la vigencia de la propuesta sea inferior al solicitado en esta invitación.
 - i) Cuando el proponente no tenga la capacidad jurídica para presentar la propuesta.
 - j) Cuando la propuesta se presente con condicionamientos para la adjudicación de la presente invitación.
 - k) En el evento en que de la corrección aritmética el valor total ofertado por el proponente, supere valor del presupuesto oficial.
 - l) 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 hayan realizado actos relacionados a lavado de activos, comprobado por la autoridad competente.
 - m) 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.
 - n) Cuando la oferta sea enviada por correo, correo electrónico, medio magnético o fax.
 - o) 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.
 - p) 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.
 - q) 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.
 - r) Cuando el objeto social principal del oferente, o de cada uno de los miembros que conforman la unión temporal o consorcio o la actividad
- EPS*



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

mercantil del comerciantes no tenga una relación directa con el objeto de la contratación.

- s) Cuando el proponente sea declarado como NO CUMPLE en algunos de los aspectos jurídicos, financieros (cuando se requiera) técnicos de verificación de su propuesta.
- t) 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.
- u) Cuando los documentos necesarios para la comparación de la propuesta, presente enmendaduras o correcciones que no aparezcan debidamente autorizadas con la firma del proponente o la de la persona que suscribe el documento.
- v) La presentación de propuestas parciales o alternativas.

NOTA: Las anteriores causales descritas en este documento serán las únicas razones por las cuales se justifica el rechazo de la oferta.

1.7. CAUSALES DE DECLARATORIA DE DESIERTA

LA ENTIDAD podrá declarar desierto el presente procedimiento cuando:

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

1.8. SUPERVISIÓN

La supervisión del contrato que se derive del presente proceso se realizará, por el Director de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud y/o quien designe el Secretario Distrital de Salud – Director Ejecutivo Fondo Financiero Distrital de Salud.

1.9. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Expedir las pólizas y demás documentos a que esté obligado, dentro del término establecido en el Pliego de Condiciones.
2. Presentar los originales de las pólizas, conjuntamente con la cuenta de cobro, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la adjudicación del contrato. No obstante, la aseguradora seleccionada debe expedir el



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

certificado provisional de amparo o nota de cobertura, según sea el caso, dentro de las ocho (8) horas hábiles, anteriores al inicio de la vigencia técnica de cada una de las pólizas.

3. Presentar los certificados de modificación de las pólizas conjuntamente con la cuenta de cobro dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al reporte de novedades que el Asegurado presente.
4. Las demás que se requirieran de acuerdo con la naturaleza del contrato y en cumplimiento de las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007, Decreto 734 de 2012.

1.10. DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. POLIZAS DE SEGUROS REQUERIDAS:

RAMOS GRUPO UNICO
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual
Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros

No se aceptan propuestas parciales. La propuesta presentada debe contener el ofrecimiento de la totalidad de las pólizas que conforman este único grupo.

El presupuesto oficial estimado incluye el valor de las primas y los impuestos a que haya lugar.

La propuesta que sobrepase el presupuesto oficial estimado NO SERÁ EVALUADA

El proponente deberá garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las actividades descritas en los presentes estudios previos e invitación.

1.11. VIGENCIA DE LA PROPUESTA

La vigencia de la propuesta será de un mes, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección.

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 período de vigencia de la propuesta, el proponente no podrá retirarla, ni menoscabar o derogar los efectos de la misma. *epd*



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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.

1.12. GARANTÍAS

Para el presente contrato no es necesario constituir la garantía única de cumplimiento lo anterior con base al artículo 5.1.8. del decreto 0734 de 2012 que establece que en los contratos de seguros dicha garantía no es obligatoria:

Artículo 5.1.8° *Excepciones al otorgamiento del mecanismo de cobertura del riesgo.* Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro, y en los contratos cuyo valor sea inferior al diez por ciento (10%) de la menor cuantía prevista para cada entidad, caso en el cual se aplicarán las reglas previstas para la mínima cuantía.

1.13. LUGAR DE EJECUCIÓN

Las actividades se desarrollarán en la Secretaría Distrital de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81 de la ciudad de Bogotá D.C.

1.14. PROCEDIMIENTO

La propuesta deberá presentarse en el lugar, fecha y hora determinados en el cronograma del proceso, en idioma castellano, sin tachaduras, ni borrones, en sobres separados, debidamente cerrados, foliados, con tabla de contenido o índice y firmados, contestando en forma clara y precisa cada uno de los datos que se solicitan y anexando todos los documentos que son requisitos indispensables para el estudio de la propuesta.

Cualquier enmendadura que contenga la propuesta, deberá ser aclarada y validada con la firma del oferente en la misma propuesta. De lo contrario se entenderá como **RECHAZADA**.

No se absolverán consultas efectuadas telefónicamente o en forma personal. Sólo será tenida en cuenta en este proceso, la información que se suministre por escrito.

La propuesta económica debe corresponder a números enteros consecutivos. En consecuencia, no podrán utilizarse números acompañados de letras, subnúmeros, ni decimales, de presentarse así, hará los respectivos ajustes aritméticos, para estos efectos el proponente deberá diligenciar el formato 5 (propuesta económica) de la presente invitación.

X

2/10/17 Jee



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para efecto del señalamiento de la propuesta económica, debe indicarse los precios expresados en pesos colombianos, el oferente debe tener en cuenta todos los costos, gastos, impuestos, pago de salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos (directos e indirectos) que considere necesarios para la fijación de la oferta económica.

Serán de cargo de los oferentes todos los costos asociados con la preparación y presentación de su oferta, por tal motivo **LA ENTIDAD** en ningún caso será responsable de los mismos.

1.15. FORMA DE ENTREGAR LAS PROPUESTAS:

Las propuestas se entregarán con oficio remisivo (Formato 1) en dos (2) sobres, un (1) original y una (1) copia separados, indicando en cada uno si se trata de la oferta original o de la copia, debidamente legajada, foliada en orden consecutivo, tanto la propuesta original como la copia.

Los sobres deberán estar cerrados y rotulados de la siguiente manera:

- Número del proceso:
- Fondo Financiero Distrital de Salud
- Original (ó Primera, Copia)
- Fecha:
- Nombre del Proponente:
- Dirección Comercial:

1.16. SELECCIÓN DEL CONTRATISTA

Para identificar la oferta más favorable de acuerdo a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 3.5.3 del Decreto 734 de 2012, se tendrán en cuenta los siguientes criterios o factores de selección:

La escogencia recaerá sobre aquella con el **PRECIO MÁS BAJO**, siempre que se encuentre en condiciones de mercado y satisfaga las necesidades de la Entidad, (o sea aquella que no supere el presupuesto oficial, no tenga un precio artificialmente bajo, cumpla con las especificaciones técnicas y de calidad requeridas conforme a lo contenido en la invitación pública).

1.17. REQUISITOS DE VERIFICACIÓN

La verificación de los requisitos habilitantes se hará exclusivamente en relación con el proponente con el precio más bajo, en caso de que éste no cumpla con los



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

mismos, procederá la verificación del proponente ubicado en segundo lugar y así sucesivamente.

De no lograrse la habilitación, se declarará desierto el proceso, de conformidad a lo prescrito en el parágrafo del artículo 3.5.3 del Decreto 734 de 2012.

De conformidad a lo establecido en el parágrafo del artículo 3.5.3 del Decreto 734 de 2012, la verificación de los requisitos habilitantes consistirá en determinar que la propuesta de menor valor cumpla con los requisitos mínimos que acrediten su capacidad jurídica, técnica, y las condiciones de experiencia, los cuales no otorgan puntaje, pero son habilitantes para la participación en el proceso de selección.

1.18. FACTORES DE DESEMPATE

En el evento de existir empate en el primer lugar, LA ENTIDAD, desempatará de la siguiente manera, de acuerdo a lo establecido en el Parágrafo 1° del artículo 3.5.4 del Decreto 734 de 2012: *"En caso de empate a menor precio, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega de las mismas"*.

1.19. ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

Mediante comunicación escrita dirigida al adjudicatario la Entidad manifestará la aceptación expresa e incondicional de la oferta. Con la publicación de dicha comunicación en el SECOP, el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. (Artículo 3.5.5 Decreto 734 del 2012).

CAPITULO 2

DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN (VERIFICACIÓN REQUISITOS HABILITANTES)

X

2.1. CAPACIDAD JURÍDICA

2.1.1. Requisitos Relativos A La Capacidad Jurídica Y Otras Circunstancias

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

- a) Tener capacidad para contratar conforme a las normas legales (artículo 6 de la Ley 80 de 1993).
- b) 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.

su



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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.

- 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.

No se exigirá el registro único de Proponentes (**RUP**), que conforme al Artículo 3.5.8. del Decreto 734 de 2012, establece que: *"No exigibilidad del RUP. Para la contratación de que trata el presente Capítulo, no se requerirá en ningún caso del Registro Único de Proponentes de conformidad con lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 221 del Decreto-ley 019 de 2012. En consecuencia, las entidades no podrán exigir el Registro Único de Proponentes"*

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.

Verificación antecedentes fiscales y disciplinarios: El comité asesor y evaluador verificará si los proponentes se encuentran con sanciones disciplinarias que lo inhabiliten para celebrar contratos con el Estado o si aparecen reportados en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

2.1.2. Requisitos Jurídicos Habilitantes Para Participar.

2.1.2.1. Generales A Todos Los Proponentes:

- a) Carta de presentación de la oferta con la firma del representante legal o apoderado, o persona debidamente autorizada o facultada para tal fin, acreditando su calidad. (Formato 1)
- b) Ser Persona Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.
- c) No encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan los artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993 y demás normas pertinentes.
- d) Presentar la oferta directamente, o por intermedio de apoderado, o agente comercial, mandatario o persona estatutariamente autorizada para el efecto de acuerdo con la ley.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- e) No encontrarse reportado en el boletín de responsables fiscales (Artículo 60 Ley 610 de 2000). Para el caso de Consorcios y Uniones Temporales, cada uno de los integrantes debe cumplir con esta condición.
- f) No tener inhabilidades o sanciones según reporte de la Procuraduría General de la Nación y/o Personería Distrital de Bogotá. Para el caso de Consorcios y Uniones Temporales, cada uno de los integrantes debe cumplir con esta condición.
- g) **Declaración Juramentada:** El Representante legal debe anexar declaración expresa bajo la gravedad del juramento de que la empresa, ni él están incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos. Cuando se trate de consorcios y/o uniones temporales cada uno de sus integrantes deberá presentar el documento respectivo.

2.1.2.2. Consorcio O Unión Temporal:

Debe acreditar y cumplir además de la unidad de objeto de quienes la integren, lo siguiente:

- a) Copia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal del oferente consorcio o unión temporal.
- b) Indicar si su participación es a título de consorcio o de unión temporal y en este último caso señalar los términos y extensión de su participación en la oferta y en la ejecución del contrato. Las anteriores condiciones de constitución, no podrán ser modificados sin el consentimiento previo de la Entidad, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 80 de 1993.
- c) Allegar documento de constitución del consorcio o unión temporal con el cumplimiento de los requisitos de ley (Formato 2 y 3).
- d) Acreditar la capacidad jurídica de cada uno de los integrantes, si son personas jurídicas, el Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la respectiva Cámara de Comercio, con una antelación no superior a un (1) mes a la fecha de cierre del proceso de selección y que se encuentre en firme. Si son personas naturales, se debe acreditar su capacidad jurídica con la presentación del Registro Mercantil expedido con una antelación no superior a un (1) mes a la fecha de cierre del presente proceso de selección. La actividad debe estar relacionada con el objeto a contratar.
- e) Designar la persona que, para todos los efectos representará al consorcio o unión temporal y señalar las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos y su responsabilidad.
- f) Cuando esté conformado por dos o más personas jurídicas, con uno de los integrantes del consorcio o unión temporal que dentro su objeto social



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

establezca actividades que permitan la gestión y operación del objeto del presente proceso de selección se cumplirá este requisito.

- g) Cada una de las personas que integran el consorcio o unión temporal debe cumplir con las condiciones jurídicas habilitantes para participar. Dependiendo de la naturaleza jurídica de los miembros, debe acreditar cada uno el cumplimiento de lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, acreditando el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda.
- h) No estar incurso, ninguno de los integrantes del consorcio o unión temporal, en inhabilidad o incompatibilidad alguna contemplada en la Constitución y en las leyes. La Entidad se reserva el derecho de realizar las consultas a los órganos de control correspondientes.
- i) En atención a lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, los integrantes del Consorcio o Unión Temporal en el documento de constitución y para efectos del pago, en relación con la facturación deben manifestar:
 - 1. Si la va a efectuar en representación del consorcio o la unión temporal uno de sus integrantes, caso en el cual debe informar el número del NIT de quien factura.
 - 2. Si la facturación la van a presentar en forma separada cada uno de los integrantes del consorcio o la unión temporal, caso en el cual deben informar el número de NIT de cada uno de ellos y la participación de cada uno en el valor del contrato.
 - 3. Si la va realizar el consorcio o unión temporal con su propio NIT, caso en el cual se debe indicar el número. Además se debe señalar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos.

2.2. CAPACIDAD TÉCNICA

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

Eds



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

El proponente deberá acreditar experiencia en la prestación de servicios para la contratación de pólizas de responsabilidad civil extracontractual e infidelidad y riesgos financieros, mediante la presentación de máximo tres (3) certificaciones acompañadas de los respectivos contratos ejecutados o en ejecución, anteriores a la fecha de cierre de la presente convocatoria, cuya sumatoria sea igual o superior al 100% del presupuesto oficial estimado.

Las certificaciones de experiencia del proponente deben contar como mínimo con las siguientes características:

- Papel membreteado con la identificación del contratante
- Fecha de expedición
- Nombre y cargo de la persona que expide la certificación
- Dirección y número de teléfono en el cual se pueda verificar la información
- Objeto y actividades del contrato
- Valor del contrato y en caso que dentro de los servicios contratados se encuentren otros diferentes a los aquí requeridos, deberá certificarse de manera puntual los que así se requieren.
- Calificación de cumplimiento del objeto del contrato (el cual debe ser como mínimo de BUENO).

Fecha de ejecución.

2.2.1. VERIFICACIÓN DE CONTENIDO TÉCNICO.

POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: El valor asegurado a contratar es por la suma de DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$294.750.000), equivalentes a 500 SMMLV.

Actividad Amparada: Laboratorios de Ensayo

Modalidad de Seguros: Póliza bajo la modalidad de ocurrencia.

Ámbito Territorial: Colombia

AMPAROS:

Las labores u operaciones que lleve a cabo el asegurado en ejercicio de sus actividades, de tal manera que quedan amparados los siguientes riesgos:

- Uso de ascensores y escaleras automáticas

ju



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Posesión, uso, o mantenimiento de los predios ubicados en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, ubicado en la Carrera 32 No. 12-81 de la ciudad de Bogotá D.C.
- Operaciones de cargue, descargue y de transporte de mercancías dentro del predio del asegurado.
- Posesión y uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad instaladas por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
- Posesión y uso de las instalaciones
- Realización de eventos sociales organizados por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
- Viajes de funcionarios del Asegurado en comisión de trabajo dentro del territorio nacional.
- Participación del Asegurado en ferias y exposiciones nacionales
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de las instalaciones del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
- Labores y operaciones de los empleados del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, en el ejercicio normal de sus actividades.
- Posesión y utilización de cafeterías, casinos y restaurantes
- Uso de maquinaria y equipos de trabajo, de cargue y descargue y transporte dentro de los predios del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
- Perjuicios patrimoniales incluyendo daño emergente y lucro cesante.
- Responsabilidad Civil del personal de celaduría, vigilancia, y seguridad que puedan llegar a cometer en desempeño de sus labores, incluso la ocasionada por el uso de armas de fuego.
- Contaminación accidental súbita e imprevista.
- Gastos médicos – Sublímite de 5% por evento mínimo 3 SMMLV por persona y 10% por vigencia. Se entiende por gastos médicos aquellos gastos quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurra hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente.
- Incendio y explosión sublimitado a 25% por evento y 50% por vigencia.
- Honorarios profesionales sublimitado a 10% por evento y 30% por vigencia
- Perjuicios extrapatrimoniales: incluye perjuicios morales, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, sublimitado a 15% por evento y 30% por vigencia.

Amparo automático para nuevos predios con aviso de treinta (30) días, previo aviso y con cobro de prima adicional.

Revocación de la póliza con aviso de treinta (30) días *gda*



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Ampliación de aviso del siniestro treinta (30) días.

POLIZA DE INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS: El valor asegurado a contratar es por TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$35.000.000) MONEDA CTE.

Este amparo cubrirá la propiedad y la confidencialidad de todas las actividades desarrolladas por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, ubicado en la Carrera 32 No. 12-81 de la ciudad de Bogotá D.C.

AMPAROS O RIESGOS A CUBRIR:

- Infidelidad o deshonestidad de los funcionarios, empleados, contratistas y subcontratistas del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.
- Tránsito
- Falsificación
- Falsificación extendida
- Endoso de anexo
- Costos legales y honorarios del abogado
- Extensión de directores

Cláusula de revocación de la póliza: treinta (30) días

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

2.3. CAPACIDAD FINANCIERA

Conforme al numeral 7 inciso 2 del artículo 3.5.3, del decreto 0734 de 2012, la Entidad no exigirá para la habilitación de la oferta, verificación de la capacidad financiera.

2.3.1. Registro Único Tributario – RUT

El proponente, persona natural o jurídica y cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal debe allegar con su oferta, fotocopia del Registro Único Tributario – RUT actualizado.

CAPITULO 3

DISPOSICIONES FINALES

3.1. Conforme con lo establecido en el parágrafo 2° del artículo 3.5.4° del Decreto 734 de 2012, con la firma de la invitación por parte del Ordenador del Gasto de LA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ENTIDAD, se entiende aprobada la apertura del proceso contractual por lo que no se requerirá de acto adicional alguno.

3.2. La verificación jurídica será realizada por la Subdirección Jurídica de Contratación, la verificación técnica y evaluación económica (si fuere el caso) se realizará por parte de la Dirección solicitante de la SDS-FFDS.

3.3. 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.

3.4. CONVOCATORIA VEEDURÍAS CIUDADANAS

De conformidad con lo establecido en los artículos 270 de la Constitución Política, 66 de la Ley 80 de 1993, en concordancia con el artículo 1° de la Ley 850 de 2003 LA ENTIDAD convoca a todas las Veedurías Ciudadanas para que ejerzan la vigilancia y el control ciudadano del presente proceso de selección así como el contrato que como consecuencia de su trámite se suscriba.

Atentamente,


ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
Secretario Distrital de Salud *eds*
Director Ejecutivo FFDS

Revisó y Aprobó: Aura Elvira Gomez Martinez- Director(a) Jurídico(a) y de Contratación

Revisó y Aprobó: Jenny Madeleine Pomar Castaño, Subdirector(a) de Contratación

Revisión jurídica: Oscar Alejandro Escobar

Vo.Bo técnico: Carmen Lucia Trisancho Cediell – Directora Administrativa *clt*

Proyectó: Victor Hugo Rodriguez Anzola/Neisser Camilo Andrade – Ejecutivos FORTIUS CORREDORES DE SEGUROS

Revisó: Ana Sofia Alvarado R. *fu*

20/11/2013



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

_____ [Lugar y Fecha]

Señores
DIRECCIÓN JURIDICA Y DE CONTRATACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACION
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
Carrera 32 No. 12 – 81 Piso 6
Bogotá D.C.

Asunto: Propuesta para un Proceso de Selección de Mínima Cuantía –
Invitación Pública FFDS-MC-____-20__.

Respetados señores:

La presente tiene por objeto ofrecer al Fondo Financiero Distrital de Salud-
Secretaría Distrital de Salud, "Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y
correctivo del software de recursos físicos de la Secretaría Distrital de Salud –
Fondo Financiero 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 _____

NOMBRE DE LA FIRMA _____

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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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 _____



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 2

MODELO CONFORMACIÓN CONSORCIO

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-____-20____, que tiene por objeto SELECCIONAR EL PROPONENTE QUE OFREZCA LAS MEJORES CONDICIONES PARA: “_Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del software de recursos físicos de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud”.

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 el (los) _____ día(s) del mes de _____ de 20____.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 3 MODELO CONFORMACIÓN UNIÓN TEMPORAL

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-____-20____, que tiene por objeto SELECCIONAR EL PROPONENTE QUE OFREZCA LAS MEJORES CONDICIONES PARA: "Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del software de recursos físicos de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud"

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.
5. No ceder su participación en la Unión Temporal a terceros, sin la autorización previa de la Entidad.

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 el (los) _____ día(s) del mes de _____ de 20____.



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 con personal 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.

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

FECHA DE EXPEDICIÓN _____

Firma:* _____
Nombre: _____
Cargo: _____

*Representante Legal o Revisor Fiscal (según el caso)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 5

PROPUESTA ECONÓMICA

OBJETO : Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del software de recursos físicos de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud”

Nombre o razón social del proponente: _____

INFORMACION ECONÓMICA

Ítem No.	Tipo de bienes o servicios	Características o condiciones técnicas	Valor de IVA	Valor total
1.				
	TOTALES			

(Este cuadro y su contenido se debe ajustar de acuerdo al bien o servicio requerido.)

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:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO 6

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Salud	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	Elaboró: Yuli Bautista Revisó: Félix Gonzalo Díaz Aprobó: Alberto Angel Rodríguez Control documental Planeación y Sistemas - Grupo SIC																						
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD DIRECCION FINANCIERA INFORMACION DE TERCEROS PERSONAS JURÍDICAS																								
DATOS GENERALES																								
NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____																								
NIT: _____ DIGITO DE CONTROL: _____ CODIGO DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO: 11 001																								
DIRECCION: _____ TELEFONOS: _____																								
INDUSTRIA Y COMERCIO																								
SOPORTE INSCRIPCION RIT: _____ REGIMEN AL QUE PERTENECE: _____																								
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: _____ CODIGO: _____																								
CIUDAD DONDE REALIZA LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE A ESTE PAGO: _____ TARIFA: _____																								
IMPUESTO A LAS VENTAS																								
REGIMEN AL QUE PERTENECE: _____ ACTIVIDAD EXENTA O EXCLUIDA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																								
Si corresponde a un Consorcio o Unión Temporal, favor adjuntar la Resolución de Distribución de participación de los consorciados.																								
INFORMACION TRIBUTARIA																								
<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 REMUNERACION SE EFECTUA CON BASE EN EL METODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA</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 REMUNERACION SE EFECTUA CON BASE EN EL METODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)	SI	NO	RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA	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 REMUNERACION SE EFECTUA CON BASE EN EL METODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)	SI	NO																						
RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA	SI	NO																						
ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO	SI	NO																						
Si la actividad no es sujeta de Industria y Comercio, explique Porqué?: _____																								

(1) Si no es declarante del impuesto a la Renta, explique Porqué? _____																								

(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.																								
OBSERVACIONES: _____																								

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____																								
FIRMA: _____																								
CC No. _____																								



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO No. 7

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA

ENTIDAD RECEPTORA



(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1996)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

I. IDENTIFICACIÓN					
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN					NIT No.
SIGLA			PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE		
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO			PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE		
ORDEN <input type="checkbox"/> HAL <input type="checkbox"/> DPTL <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MRL <input type="checkbox"/> OTRO		¿CUAL?	TIPO <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)		CLASE <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAIS	DEPARTAMENTO		
MUNICIPIO		DIRECCIÓN		APARTADO/AEREO	
TELÉFONOS		FAX			
II. SERVICIOS					
RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD					
1			2		
3			4		
5			6		
III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL					
RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:					
ENTIDAD CONTRATANTE	PUB.	PRIV.	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		ACTÚA EN CARÁCTER DE:	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>				Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>	
				CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN	
				\$	
ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1º LEY 190 DE 1995)					
OBSERVACIONES:					
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 6º LEY 190 DE 1995)					
FIRMA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE					
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4º LEY 190 DE 1995)					
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE			CIUDAD Y FECHA		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 12-11-2013 03:40:42
Al Contestar Cife Este No.:2013IE156236 O 1 Fol:0 Anex:1 Rec:3
ORIGEN: 0600.DIRECCION ADMINISTRATIVA/TRISTANCHO CEI
DESTINO: 0910.SUBDIRECCION DE CONTRATACION/POMAR CA
TRAMITE: MEMORANDO-REMISION
OBS: IU/// ENTREGA A LA MANO DRA. ANA SOFIA ALVARA

600

MEMORANDO

PARA: Dra. JENNY MADELEINE POMAR CASTAÑO
Subdirectora de Contratación

DE: DIRECTORA ADMINISTRATIVA

ASUNTO: PROCESO CONTRATACION MINIMA CUANTIA

Con un cordial saludo solicito adelantar proceso de contratación de mínima cuantía para la adquisición de pólizas requeridas dentro del Proceso de Certificación del Laboratorio de Salud Pública y la Secretaría Distrital de Salud. Al efecto adjunto estoy remitiendo los siguientes documentos:

- Estudios previos
- Estudio de Mercado
- CDP No. 4789 de octubre 22/2013
- Invitación.

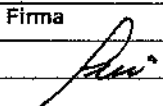
Cordialmente,


CARMEN LUCIA TRISTANCHO CEDIEL

Anexo: una (1) carpeta

SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

No. Radicación: JE
Fecha y Hora: 12-11-13 3/45 PM
Por: DR. OSCAR ESCOBAR
A. J. P.

	Nombre	Firma	Fecha
Elaborado por:	Ana Sofia A		12/11/2013
Revisado por:			

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma de la Directora Administrativa de la Secretaría Distrital de Salud

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



Recibido
13/11/13
8:42 a.m.

BOGOTÁ
HUMANANA

28 12/12/2013 130P-