



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**EL SUBDIRECTOR DEL SECTOR DEFENSA - SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA ADSCRITA AL SECTOR DEFENSA -  
HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

En uso de sus facultades legales y en especial de las conferidas por la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, sus Decretos Reglamentarios, la Resolución No 1018 del 12 de Noviembre de 2014.

**INVITA**

A los interesados en participar del Proceso de Selección de **MÍNIMA CUANTÍA** No 014 DE 2015

**MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACION, INCLUYENDO LOS  
FUNDAMENTOS JURIDICOS**

Teniendo en cuenta que el presupuesto del presente estudio no supera el 10% de la menor cuantía, la selección del contratista se realizará a través de la modalidad de **MINIMA CUANTIA** de conformidad en lo contemplado Artículo 2º, Numeral 6 de la Ley 1150 de 2007, Artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y el Capítulo V, Artículos 84 al 87 del Decreto 1510 de 2013. El Artículo 94 de la Ley 1174 de 2011, transparencia en contratación de mínima cuantía, adiciona el numeral 6 al artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, estableciendo la modalidad de mínima cuantía.

El Artículo 84 y siguientes del decreto 1510 de 2013, reglamenta la modalidad de mínima cuantía y señala el procedimiento a seguir cuando la entidad desee adquirir bienes, servicios y obras cuyo valor no exceda el 10% de la menor cuantía.

De conformidad con la Resolución 003 del 05 de enero de 2015, por el cual se precisan las cuantías para el 2015 en materia de contratación para el Hospital Militar Central, la cuantía para contratos que no superan el 10% de la menor cuantía comprende desde 0.00 S.M.L.M.V hasta 65 S.M.L.M.V, equivalentes a \$41.882.750.

**1. OBJETO**

**ADQUISICION DE PRUEBAS DE GASES ARTERIALES, COAGULACIÓN Y ENDOCRINOLOGIA  
PARA EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

**2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EXIGIDAS Y CLASIFICACIÓN BIENES Y/O SERVICIOS  
UNSPSC**

Los servicios a adquirir por parte del Hospital Militar Central deberán cumplir con las siguientes especificaciones técnicas y la siguiente clasificación UNSPSC:

| No.<br>ITEM | CODIGO<br>INTERNO<br>HOMIC | CODIGO<br>UNSPSC | DESCRIPCION<br>DEL "BIEN O<br>SERVICIO" | PRESENTACION<br>UNIDAD DE<br>MEDIDA | CANTIDAD<br>REQUERIDA<br>APROXIMADA |
|-------------|----------------------------|------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1           |                            | 41116000         | PT                                      | PRUEBA                              | 3000                                |

*"Salud – Calidad – Humanización"*

|   |            |          |                              |        |      |
|---|------------|----------|------------------------------|--------|------|
|   | 1228605051 |          |                              |        |      |
| 2 | 1228605050 | 41116000 | PTT                          | PRUEBA | 3000 |
| 3 | 1229605960 | 41116000 | FIBRINOGENO                  | PRUEBA | 100  |
| 4 | 1228605052 | 41116000 | DIMERO D                     | PRUEBA | 100  |
| 5 | 1229605757 | 41116000 | GASES ARTERIALES             | PRUEBA | 3000 |
| 6 | 1229605205 | 41116000 | TSH NEONATAL                 | PRUEBA | 100  |
| 7 | 1229605088 | 41116000 | SOMATOMEDINA IGF1            | PRUEBA | 100  |
| 8 | 1229605082 | 41116000 | FACTOR DE CRECIMIENTO IGFBP3 | PRUEBA | 100  |

## 2.1 CONDICIONES TECNICAS EXIGIDAS

### 2.1.1. REQUISITOS TECNICOS MINIMOS

#### Documentos que debe presentar el oferente

- Registro INVIMA vigente de las pruebas que se solicitan.
- Insertos de las pruebas en medio magnético.
- Carta de distribución autorizada por el fabricante vigente, a nombre del proponente.
- Carta de fecha de vencimiento de los reactivos mayor a seis meses.
- Carta donde se garantiza que los reactivos ofertados son compatibles con los equipos que se encuentran en apoyo tecnológico actualmente en el Laboratorio del HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

## 2.2. GARANTIA TECNICA

El proponente deberá anexar carta de garantía técnica y termino de respuesta a los requerimientos suscrita por el representante legal o su apoderado, así:

- Que ampare la calidad del bien a adquirir
- Que ampare la composición físico química del mismo
- Que ampare las especificaciones técnicas del bien ofrecido
- Que sea por un término no inferior a seis meses, contados desde la recepción a satisfacción del bien.

### **Termino de Respuesta de Garantía**

El término de respuesta de garantía técnica no debe ser superior de dos días calendario, contado a partir del requerimiento realizado al contratista por parte del Hospital Militar Central, en el evento del que el bien resulte defectuoso para ser repuesto por el contratista.

Estarán a cargo del contratista todos los costos en el que deba incurrir para el cumplimiento de su deber de garantía.

El material de reposición debe ser entregado en el mismo lugar de entrega del elemento inicial. De igual forma, se aplicará esta garantía en caso de vencimiento prematuro del material.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 7 al 17 de la Ley 1480 del 12 de octubre 11 "Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones", el proponente deberá anexar la garantía técnica y término de respuesta a los requerimientos suscrita por el representante legal o su apoderado así:

- Que ampare la calidad del bien y/o servicio prestado
- Que ampare las especificaciones técnicas del servicio entregado
- Que cubra el producto terminado y/o la calidad del servicio prestado
- Que garantice efectuar el cambio inmediato del bien y/o servicio cuando lleguen a presentar defectos, o que no reúnan las condiciones necesarias para que se realicen de manera idónea las actividades necesarias para las cuales será utilizado el bien y/o servicio.

### 3 EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

La experiencia del proponente debe ser acreditada con cualquiera de los siguientes documentos:

#### 3.1. ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA PERSONAS NATURALES Y/O JURIDICAS:

Allegar de 1 a 03 certificaciones de contratos públicos y/o privados cuyo objeto sea igual o similar al de la Invitación, ejecutados en los últimos dos años y que su sumatoria sea igual o superior al 100% del presupuesto asignado en presente proceso.

Para los certificados de contratos públicos deberá cumplir con la siguiente información:

- a) Objeto del contrato.
- b) Valor.
- c) Nombre o razón social del contratista
- d) Nombre o razón social del contratante
- e) Fecha de iniciación y terminación del contrato.

Para las certificaciones del sector privado, deberá acompañarse de la factura y/o orden de compra y/o prestación del servicio donde conste el recibido a satisfacción por parte del contratante, de contratos liquidados o cumplidos a satisfacción.

#### 3.2 ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA MODALIDAD DE CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL O PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA:

Cuando se trate de consorcios o uniones temporales o promesa de sociedad futura se requiere que al menos uno de sus integrantes cumpla con el cincuenta por ciento (50%) de la experiencia habilitante requerida para el proceso. En todo caso la sumatoria de los porcentajes de acreditación de la experiencia de los integrantes debe ser igual o superior al ciento por ciento (100%) del presupuesto de la presente invitación.

Cuando las actividades correspondientes hayan sido ejecutadas por el proponente o por uno de sus miembros bajo la modalidad de consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura, solo se tendrá en cuenta como experiencia habilitante del proponente o de uno de sus miembros, aquella referida al porcentaje de participación que el proponente hubiera tenido en el grupo o asociación que ejecutó la actividad. En todo caso, el proponente deberá declarar bajo la gravedad de juramento que la experiencia habilitante que acredita corresponde exactamente a las actividades desarrollados por él de manera directa o con sus aliados, pero asumiendo directamente la responsabilidad por los mismos. Si el proponente acredita la experiencia habilitante aquí solicitada mediante contratos, se tendrán como válidos los contratos ejecutados.

### 4 VALOR DEL CONTRATO, FORMA DE PAGO Y LUGAR DE EJECUCIÓN

#### 4.1. VALOR DEL CONTRATO

El presupuesto oficial estimado del Hospital Militar Central para la ejecución del presente proceso de selección, es de **(\$28.206.062.00) VEINTIOCHO MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL**

*"Salud – Calidad – Humanización"*

**SESENTA Y DOS PESOS M/CTE**, IVA incluido para todos los efectos, la moneda del contrato será el peso colombiano, respaldados y amparados por el certificado de disponibilidad presupuestal SIIF No. 16215 de fecha (23) de Febrero de 2015, Posición catálogo del gasto A-51-1-1-2-20 y Certificado de disponibilidad presupuestal Dinámica. NET No. 163 de fecha (23) de Febrero de 2015 POR CONCEPTO DE: **MATERIAL DE LABORATORIO**, expedido por la jefe del área de presupuesto.

PRECIO DE REFERENCIA

| GASES ARTERIALES, COAGULACIÓN Y ENDOCRINOLOGIA |                      |               |                                       |                  | PRECIO DE REFERENCIA        |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| No. ITEM                                       | CODIGO INTERNO HOMIC | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCION DEL "BIEN O SERVICIO"     | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO INCLUIDO IVA |
|                                                |                      |               |                                       | PRESENTACION     |                             |
| 1                                              | 1229605267           | 41116000      | TROMBINA PARA TIEMPO DE TROMBINA      | PRUEBA           | 1.696                       |
| 2                                              | 1228605050           | 41116000      | TROMBOPLASTINA PARA TTP               | PRUEBA           | 1.368                       |
| 3                                              | 1229605960           | 41116000      | DOSIFICACION FIBRINOGENO CUANTITATIVO | PRUEBA           | 3.496                       |
| 4                                              | 1228605052           | 41116000      | DIMERO D                              | PRUEBA           | 23.050                      |
| 5                                              | 1229605757           | 41116003      | GASES ARTERIALES                      |                  | 4.096                       |
| 6                                              | 1229605205           | 41116000      | TSH NEONATAL                          | PRUEBA           | 11.307                      |
| 7                                              | 1229605088           | 41116000      | SOMATOMEDINA C-IGF1                   | PRUEBA           | 12.438                      |
| 8                                              | 1229605082           | 41116000      | FACTOR DE CRECIMIENTO IGFBP3          | PRUEBA           | 16.961                      |

La Propuesta Económica debe cumplir con:

**NOTA 1:** El valor del bien y/o servicio ofrecido no podrá superar el precio de referencia establecido por la Entidad.

**NOTA 2:** Los valores unitarios con IVA (cuando aplique) que el proponente relacione, son fijos y firmes y deben tener una vigencia igual al tiempo de ejecución de la orden de compra y/o servicio, es decir hasta el 31 de diciembre de 2015 o hasta agotar presupuesto.

**NOTA 3:** La propuesta económica deberá ser presentada por escrito y en medio magnético en hoja electrónica (programa Excel, sin celdas o fórmulas ocultas y el valor del IVA (cuando aplique) y el valor total aproximado al entero.

4.2. FORMA DE PAGO

El pago se realizará mensualmente en moneda legal colombiana, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la presentación de la correspondiente factura, el documento de entrada de almacén y el recibido a satisfacción suscrito por el supervisor del contrato, con los documentos requeridos por el Hospital Militar Central (Dirección Administrativa y Financiera), de acuerdo al plan anual de caja (PAC).

Para la determinación del costo total estimado, se deben tener en cuenta los costos para la elaboración de la propuesta como son pólizas, publicaciones y demás costos asociados a la misma y los costos de administración si son necesarios.

Así mismo, deberá anexarse certificación del pago de aportes parafiscales debidamente certificados por el representante legal o el revisor fiscal a fecha 30 del mes vencido anterior a la fecha de pago. En caso de persona natural deberá allegar copia de la planilla de pago a seguridad

"Salud – Calidad – Humanización"

social, con el respectivo comprobante de pago, el ingreso base de cotización debe ser sobre el 40% del valor mensual facturado.

**NOTAS GENERALES PARA LA ENTREGA DEL BIEN Y/O SERVICIO:** Para el recibo a satisfacción se tendrán en cuenta, todas y cada una de las características técnicas registradas en la invitación pública, en la oferta presentada, en la aceptación y la orden de servicios, el no cumplimiento de alguna será motivo de rechazo del mismo. El recibo de los bienes y/o servicios se hará en presencia del supervisor del contrato.

#### 4.3. LUGAR DE ENTREGA

El lugar de entrega de los resultados será en las instalaciones del Hospital Militar Central, ubicado en Transversal 3 No. 49-00 Bogotá, D.C.

#### 4.4. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución para la entrega del objeto de la Orden Compra y/o de Servicio es **31 DE MARZO DE 2015** o hasta agotar presupuesto, contado a partir del día hábil siguiente a la suscripción del acta de inicio suscrita por el Supervisor del Contrato, expedición del Certificado de Registro Presupuestal y aprobación de pólizas. El lugar de entrega será en las instalaciones del Hospital Militar Central, ubicado en Transversal 3 No. 49-00 Bogotá, D.C.

### 5 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

El contratista deberá cumplir a cabalidad con el objeto del contrato de acuerdo con las especificaciones técnicas además de cumplir con las siguientes obligaciones, las cuales deberá señalar el proponente dentro de su propuesta, con manifestación de cumplimiento:

- 5.1. Ejecutar con plena autonomía técnica y administrativa el objeto contractual.
- 5.2. Dar inicio a la ejecución contractual una vez suscrita el acta de inicio.
- 5.3. Cumplir a cabalidad del Anexo N°1 Especificaciones técnicas.
- 5.4. Gestionar de manera oportuna y efectiva las solicitudes que se puedan presentar **EL HOSPITAL**.
- 5.5. Asistir a las reuniones de seguimiento de ejecución de contrato programadas por el supervisor del contrato, en caso de realizarse.
- 5.6. Mantenerse a paz y salvo por el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a Caja de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Servicio nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar, mediante certificación a la fecha, expedida por el Revisor Fiscal o el Representante Legal – de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003 y el artículo 32 de la Ley 1150 de 2007.
- 5.7. Responder por los perjuicios que se causen a **EL HOSPITAL**, con ocasión de averías, daño o destrucción de bienes muebles, inmuebles, hurto o cualquier hecho que constituya responsabilidad del Contratista o de sus empleados.
- 5.8. Sin perjuicio de la autonomía técnica y administrativa, atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte del **HOSPITAL** para la ejecución del contrato y de las exigencias legales.
- 5.9. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos.
- 5.10. Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del objeto contractual.
- 5.11. Coadyuvar con **EL HOSPITAL** para que el objeto contratado se cumpla y garantizar que este sea de la mejor calidad.
- 5.12. Cumplir con las condiciones presentadas en la propuesta.
- 5.13. Mantener informado a **EL HOSPITAL** de su dirección para comunicación y notificaciones.
- 5.14. Cumplir las demás obligaciones a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato y de las exigencias legales.

## 6 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MAS FAVORABLE

De conformidad a lo descrito en el artículo 85 del Decreto 1510 de 2013, la verificación de requisitos se hará exclusivamente en relación al proponente con el precio más bajo: “. La Entidad Estatal debe revisar las ofertas económicas y verificar que la de menor precio cumple con las condiciones de la invitación. Si ésta no cumple con las condiciones de la invitación, la Entidad Estatal debe verificar el cumplimiento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mejor precio, y así sucesivamente”.

Teniendo en cuenta que la selección del contratista se realizará a través de la modalidad de **MINIMA CUANTIA**, de conformidad con lo contemplado en la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1510 de 2013. No hay lugar a puntajes para evaluar las ofertas sobre las características del objeto a contratar, su calidad o condiciones.

Los criterios de selección establecidos para el presente proceso contractual, son los siguientes:

- 6.1. **Económico:** La escogencia recaerá sobre aquella oferta con el precio más bajo, siempre que se encuentre en condiciones de mercado y satisfaga las necesidades de la Entidad.
- 6.2. **Jurídico:** Se verificará el cumplimiento de los requisitos mínimos habilitantes establecidos en la presente invitación pública.
- 6.3. **Técnico:** Se verificará el cumplimiento de los factores técnicos como cumple o no cumple

## 7 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

### 7.1. VERIFICACION ECONOMICA

El precio será el factor determinante para escoger al contratista; así las cosas, quien presente el MENOR VALOR TOTAL OFERTADO de los bienes y/o servicios requeridos para el presente proceso de selección, resultará adjudicatario.

Las ofertas serán analizadas para determinar si en los cálculos se han cometido errores en las operaciones aritméticas; en cuyo caso y para efectos de evaluación y selección, la entidad realizara las correcciones necesarias.

### DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONOMICA

- Copia Formulario del Registro Único Tributario RUT.
- Copia de la resolución de facturación vigente de la DIAN. (Caso en que aplique)
- Formulario N° 4 DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA SIIF, debidamente diligenciado y firmado.
- Formulario No.5 PROPUESTA ECONOMICA, debidamente diligenciado y firmado.
- Certificación bancaria, expedida en original por la entidad respectiva, dentro de los 30 días anteriores a la fecha de presentación de la oferta.

### 7.2. VERIFICACION JURIDICA

#### PERSONA JURIDICA

- Certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio de su domicilio, el cual debe haber sido expedido dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación o por la entidad que tenga la competencia para expedir dicho certificado.
- Antecedentes Judiciales, de la Procuraduría General de la Nación y de la Contraloría General de la República.
- Fotocopia de la cedula de del representante legal.
- Formulario No.1 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA, debidamente diligenciado y firmado.

- Formulario No.2 COMPROMISO ANTICORRUPCION, debidamente diligenciado y firmado.
- Formulario No.3 MANIFESTACION SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, debidamente diligenciado y firmado.
- Certificado de inscripción en el RUT.
- Experiencia.

#### PERSONA NATURAL

- Cédula de ciudadanía para los nacionales colombianos, y con la cédula de extranjería o el pasaporte para los extranjeros. La simple presentación de este documento sirve para acreditar la capacidad jurídica.
- Antecedentes Judiciales, de la Procuraduría General de la Nación y de la Contraloría General de la República.

#### DOCUMENTOS Y CRITERIOS COMUNES DE VERIFICACIÓN JURIDICA

- Formulario No.1 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA, debidamente diligenciado y firmado.
- Formulario No.2 COMPROMISO ANTICORRUPCION, debidamente diligenciado y firmado.
- Formulario No.3 MANIFESTACION SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, debidamente diligenciado y firmado.

#### 7.3. VERIFICACION TECNICA

El proponente deberá cumplir con el 100% de las características técnicas exigidas del producto, de acuerdo con las especificaciones técnicas mínimas relacionadas en el Anexo No.1. ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TECNICAS, debidamente diligenciado y firmado.

El proponente deberá manifestar expresamente su compromiso de cumplir con cada una de las especificaciones técnicas, para lo cual deberá presentar la información que soporte su compromiso, mediante carta con el detalle de las especificaciones técnicas.

### 8 CAUSALES DE DESEMPATE Y/O DECLARATORIA DE DESIERTO

#### 8.1. CAUSALES DE DESEMPATE

En caso de empate, la entidad estatal aceptará la oferta que haya sido presentada primero en el tiempo". Lo anterior conforme a lo contemplado en el numeral 6 (sic), del artículo 85 del Decreto 1510 de 2013, el cual establece que: "... En caso de empate, la entidad estatal aceptará la oferta que haya sido primera en el tiempo".

#### 8.2. DECLARATORIA DE DESIERTO DEL PROCESO

- 8.2.1. Cuando las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias.
- 8.2.2. Cuando no se tenga vocación o interés en participar, esto es, por ausencia de propuestas.
- 8.2.3. Cualquier motivo o causa que impida la selección objetiva.

### 9 CAUSALES DE RECHAZO

Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes:

- 9.1. Cuando la oferta económica supere el valor de los precios de referencia de cada ítem.
- 9.2. Cuando la oferta con menor precio no cumplan con los requisitos habilitantes (técnicos, económicos, jurídicos) exigidos previa subsanabilidad de los mismos (en caso tal se procederá a verificar la segunda oferta con menor precio).

*"Salud – Calidad – Humanización"*

- 9.3. Cuando no cumpla con las condiciones mínimas técnicas.
- 9.4. Cuando el oferente no presente los documentos para subsanar los requisitos habilitantes que el Hospital Militar Central le solicite dentro del término señalado para ello.
- 9.5. Cuando existan varias propuestas presentadas por el mismo oferente para este mismo proceso de selección (por sí o por interpuesta persona).
- 9.6. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes.
- 9.7. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere la aplicación del principio de selección objetiva.
- 9.8. Cuando el proponente, sea persona natural o jurídica o alguno de los miembros del consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidades fijadas por la Constitución y las normas aplicables a la contratación pública.
- 9.9. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que contengan datos alterados, enmiendas, tachaduras o entrelíneos, que impidan la selección objetiva de las propuestas.
- 9.10. Cuando estén incompletas en cuanto omitan la inclusión de información o de alguno de los documentos necesarios para la comparación objetiva de las propuestas y solicitada su aclaración, no se presente o se presente en forma incompleta, extemporánea o insuficiente las aclaraciones solicitadas, salvo cuando el evaluador pueda inferir o deducir la información necesaria para la comparación de los demás documentos que conforman la propuesta, en los términos que establece la ley.
- 9.11. La Unión Temporal o Consorcio o la actividad mercantil del comerciante no tenga una relación con el objeto del proceso de selección.
- 9.12. Cuando el representante Legal respectivo no se encuentre debidamente autorizado para presentar la propuesta de acuerdo con los estatutos sociales o con el documento de integración del Consorcio o Unión Temporal.
- 9.13. No presentación del documento de conformación del consorcio o unión temporal con fecha anterior al cierre del proceso, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7 de la ley 80 de 1993.
- 9.14. Cualquier otra causa contemplada en la Ley.
- 9.15. Se deben anexar las respectivas certificaciones de la experiencia acreditada, la no acreditación de la experiencia será causal de rechazo de la propuesta.

**10 LUGAR FISICO PARA LA CONSULTA DE DOCUMENTOS Y ELRECIBO DE LAS OFERTAS**

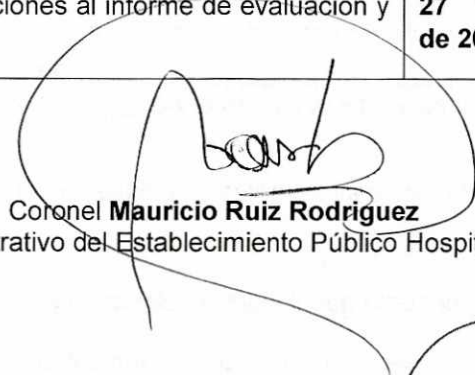
Grupo Gestión de Contratos del Hospital Militar Central. Piso 1 Hospital Militar Central- Transversal 3ª No. 49- 02. Las propuestas deberán presentarse en original, debidamente foliada en sobre marcado y sellado. La oferta económica deberá ser presentada en documento escrito dentro de la propuesta y en medio magnético.

**11 CRONOGRAMA DEL PROCESO**

| ETAPA/ACTIVIDAD |                                                                                                                                                                                  | FECHA                          | HORA  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|
| 1               | Publicación del estudio previo y de la invitación pública                                                                                                                        | 23 de Febrero de 2015          |       |
| 2               | Observaciones a la Invitación- radicándolas en el Grupo Gestión Contratos del Hospital Militar Central ó enviándolas al correo electrónico compras@hospitalmilitarcentral.gov.co | Hasta el 24 de Febrero de 2015 | 14:00 |
| 3               | Respuesta a las Observaciones a la Invitación                                                                                                                                    | 24 de Febrero de               | 16:00 |

"Salud – Calidad – Humanización"

|   |                                                                                                    |                                      |       |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|
|   |                                                                                                    | 2015.                                |       |
| 4 | Recepción de ofertas                                                                               | 25 de<br>Febrero de<br>2015.         | 09:00 |
| 5 | Revisión de ofertas económicas. Verificación requisitos<br>habilitantes de oferta con menor precio | 25 de<br>Febrero de<br>2015.         |       |
| 6 | Publicación de Informe de evaluación.                                                              | 25 de<br>Febrero de<br>2015.         |       |
| 7 | Recibo de Observaciones al informe de evaluación.                                                  | Hasta el 26<br>de Febrero<br>de 2015 | 08:00 |
| 8 | Repuesta a las Observaciones al informe de evaluación y<br>Aceptación de Oferta                    | 27 Febrero<br>de 2015                |       |

  
Coronel **Mauricio Ruiz Rodriguez**

Subdirector Administrativo del Establecimiento Público Hospital Militar Central

Aprobó:

**Dra. Maritza Sanchez**

Abogada subdirección Administrativa

Reviso:

**TE Alejandra Milena Burgos Torres**  
Jefe Área Gestión Contratos

**MY. (RA) Nelson Mossos Chavez**  
Área de Planeación y Selección

Proyecto:

  
**ECON. Ramón Bueno Gómez**  
Contratista Grupo Gestión  
Estructurador Económico

  
**ABOG. Paula Andrea Álvarez David**  
Grupo Gestión Contratos  
Estructurador Jurídico

"Salud – Calidad – Humanización"

**11.FORMULARIOS****FORMULARIO No. 1  
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.**

Bogotá D.C.

Señores

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Área Licitaciones y Compras

Ciudad.

**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EI HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cuyo objeto es \_\_\_\_\_

El suscrito (Los suscritos) \_\_\_\_\_, de conformidad con las condiciones que se estipulan en la presente invitación pública No. \_\_\_\_ de 2015, presentamos la siguiente propuesta:

En caso que nos sea aceptada, nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete a los firmantes de esta carta.
2. Que ninguna persona o entidad distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
3. Que conocemos los documentos de la contratación y aceptamos su contenido.
4. Que para calcular el precio ofrecido, hemos calculado todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la oferta, suscripción y ejecución del contrato, de acuerdo con las normas legales vigentes, ya que los mismos se entienden y se asumen por cuenta nuestra.
5. Que conocemos los documentos que integra la Invitación Pública y sus adendas que son: (indicar el número y la fecha de cada uno): \_\_\_\_\_ y Documentos de Aclaraciones hechas: \_\_\_\_\_.
6. Que haremos los trámites necesarios para el perfeccionamiento del contrato dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la adjudicación e iniciaremos la ejecución del contrato.
7. Declaramos no hallarnos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas por la ley.
8. Que la presente propuesta consta de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) folios debidamente numerados y rubricados.
9. Que conozco, acepto y me comprometo a cumplir con el plazo estipulado en la presente contratación y con las obligaciones establecidas en la invitación pública.

Los suscritos señalan como Dirección Comercial \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_ a donde se puede remitir o enviar por correo, notificaciones relacionadas con esta propuesta la siguiente:

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Documento de Identificación \_\_\_\_\_

*"Salud – Calidad – Humanización"*Transversal 3ª No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)

Bogotá, D.C. – Colombia



**FORMULARIO NO. 2**  
**COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cuyo objeto es \_\_\_\_\_

El suscrito, a saber \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ domiciliado y residente en \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_, que en adelante se denominará **EL PROPONENTE**, manifiesto la voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

**PRIMERO:** Que el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** adelantó un proceso de Selección de Mínima Cuantía, en desarrollo de la Ley 80 de 1993 / Ley 1150 de 2007 y sus Decretos Reglamentarios, para la celebración de una Orden de Compra y/o Servicios, en los términos prescritos en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, y demás normas concordantes;

**SEGUNDO:** Que es interés del **PROponente** apoyar la acción del Estado colombiano, y del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

**TERCERO:** Que siendo del interés del **PROponente** cumplir a cabalidad con el objeto contratado y llevar a feliz término la ejecución del contrato en cuestión, se encuentra dispuesto a suministrar, en caso de requerírsele, la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente **COMPROMISO UNILATERAL DE ANTICORRUPCIÓN QUE SE REGISTRÁ POR LAS SIGUIENTES CLAUSULAS:**

**COMPROMISOS ASUMIDOS:**

**EL PROPONENTE** se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y de la relación contractual que eventualmente se derive de este proceso de selección, de conformidad con las siguientes obligaciones:

- A) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;
- B) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.
- C) No efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de selección.
- D) denunciar ante las autoridades competentes cualquier exigencia pecuniaria o de tráfico de influencias que le hiciere cualquier miembro del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** e informar inmediatamente al Ordenador del Gasto y a la oficina de Control Interno de la Agencia si llegare a presentarse cualquier situación anómala e ilegal durante la suscripción del contrato, su perfeccionamiento, legalización y ejecución del mismo de conformidad con la normatividad penal colombiana y en especial la nueva normatividad contenida en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) so pena de convertirse en copartícipe de la tipicidad penal prevista sobre la materia.

*"Salud – Calidad – Humanización"*

**CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO**

**EL CONTRATISTA** asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de selección, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Documento de Identificación \_\_\_\_\_

**FORMULARIO NO.3**  
**MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EI HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cuyo objeto es \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ actuando en calidad de \_\_\_\_\_ (persona natural oferente, o el representante legal, o apoderado), de , manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que ni EL OFERENTE, ni su representante legal, ni su apoderado, ni suplentes, ni sus socios, nos encontramos incurso por si o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública" (Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 3. PROHIBICIÓN PARA QUE EXSERVIDORES PÚBLICOS GESTIONEN INTERESES PRIVADOS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO).

Lo anterior en aplicación del Régimen de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de interés del Decreto Nacional 1510 de 2013. EL OFERENTE: (Nombre, número del documento de identificación y firma del OFERENTE o su representante o apoderado).

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Documento de Identificación \_\_\_\_\_

*"Salud – Calidad – Humanización"*



Transversal 3ª No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)  
Bogotá, D.C. – Colombia



**FORMULARIO N° 4**  
**DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA****REF: PROCESO DE SELECCIÓN DE MIMIMA CUANTIA No.** \_\_\_\_\_**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EI HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cuyo objeto es \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                       |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| CIUDAD _____                                                                                                                                                                          | FECHA _____                                    |
| <b>I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURIDICA (Beneficiario).</b>                                                                                                                          |                                                |
| Nombre o Razón Social: _____                                                                                                                                                          |                                                |
| Tipo Documento de identificación: _____                                                                                                                                               |                                                |
| Cédula de Ciudadanía:                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> No. _____             |
| Cédula de Extranjería:                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> No. _____             |
| Nit Persona Jurídica:                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> No. _____             |
| Nit Persona Natural:                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No. _____             |
| Otro Tipo Documento:                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No. _____ Cuál: _____ |
| Pasaporte:                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> No. _____             |
| Tarjeta de Identidad:                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> No. _____             |
| Dirección: _____                                                                                                                                                                      | Teléfono: _____                                |
| E-mail _____                                                                                                                                                                          | Fax: _____                                     |
| Departamento: _____                                                                                                                                                                   | Ciudad: _____ Municipio: _____                 |
| Denominación de la cuenta: _____                                                                                                                                                      | corriente: _____ de ahorros: _____             |
| <br><b>NOTA 1:</b> Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.                                                                   |                                                |
| <b>II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:</b>                                                                                                                                            |                                                |
| Entidad Financiera: _____                                                                                                                                                             | Código: _____                                  |
| Sucursal: _____                                                                                                                                                                       | Ciudad: _____                                  |
| Dirección: _____                                                                                                                                                                      | Teléfono: _____ Fax: _____                     |
| Número de la cuenta: _____                                                                                                                                                            |                                                |
| <br><b>NOTA 2:</b> Adjuntar original de certificación bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Así mismo, se debe verificar que su expedición no sea mayor a 30 días. |                                                |
| <br>El beneficiario, debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.                               |                                                |

*"Salud – Calidad – Humanización"*Transversal 3ª No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)  
Bogotá, D.C. – Colombia

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Documento de Identificación \_\_\_\_\_

*"Salud – Calidad – Humanización"*

MinDefensa

HOSPITAL MILITAR

Transversal 3ª No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)

Bogotá, D.C. – Colombia



FORMULARIO No. 5  
OFERTA ECONOMICA

REF: PROCESO DE SELECCIÓN DE MIMIMA CUANTIA No. \_\_\_\_\_

Referencia: Presentación de propuesta convocada por **EI HOSPITAL MILITARCENTRAL**, cuyo objeto es \_\_\_\_\_

El suscrito....., en representación de....., de conformidad con lo establecido en la invitación pública de mínima cuantía del proceso de selección, adelantado por **EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, presento oferta de forma irrevocable y como precio fijo y global, para la celebración de la orden de compra que es objeto el presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los bienes correspondientes que se relacionaron en la Invitación pública, bajo las características técnicas establecidas para tales bienes, en los términos y conforme a las condiciones previstas para tal efecto, por un valor total de (\_\_\_\_\_) (\$) \_\_\_\_\_) M/CTE., INCLUIDO IVA.

CUADRO DE PRECIOS

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD REQUERIDA | VALOR UNITARIO SIN IVA | VALOR IVA (CUANDO APLIQUE) | VALOR UNITARIO CON IVA | VALOR TOTAL CANTIDADES REQUERIDAS CON IVA |
|------|-------------|--------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| 1    |             |                    |                        |                            |                        |                                           |

**NOTA 1:** El valor del bien y/o servicio ofrecido no podrá superar el precio de referencia establecido por la Entidad.

**NOTA 2:** Los valores unitarios con IVA (cuando aplique) que el proponente relacione, son fijos y firmes y deben tener una vigencia igual al tiempo de ejecución de la orden de compra y/o servicio, es decir hasta el 31 de diciembre de 2015 o hasta agotar presupuesto.

**NOTA 3:** La propuesta económica deberá ser presentada por escrito y en medio magnético en hoja electrónica (programa Excel, sin celdas o fórmulas ocultas y el valor del IVA (cuando aplique) y el valor total aproximado al entero.

Atentamente,

Firma y nombre del proponente y/o representante legal:

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Documento de Identificación \_\_\_\_\_

**ANEXO No. 1**  
**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**REF: PROCESO DE SELECCIÓN DE MIMIMA CUANTIA No. \_\_\_\_\_**

**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EI HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cuyo objeto es \_\_\_\_\_

El suscrito....., en representación de....., de conformidad con lo establecido en la presente Invitación Publica No.010 de 2015, presento oferta de forma irrevocable, para la celebración del contrato que es objeto del presente proceso y, en consecuencia, ofrezco proveer los bienes correspondientes, bajo las características técnicas establecidas en la invitación, en los términos y conforme con las condiciones y cantidades previstas para tal efecto

Los bienes a adquirir por parte del Hospital Militar Central deberán cumplir con las siguientes especificaciones técnicas y la siguiente clasificación UNSPSC:

| No. ITEM | CODIGO INTERNO HOMIC | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCION DEL "BIEN O SERVICIO" | PRESENTACION UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA APROXIMADA |
|----------|----------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1        | 1228605051           | 41116000      | PT                                | PRUEBA                        | 3000                          |
| 2        | 1228605050           | 41116000      | PTT                               | PRUEBA                        | 3000                          |
| 3        | 1229605960           | 41116000      | FIBRINOGENO                       | PRUEBA                        | 100                           |
| 4        | 1228605052           | 41116000      | DIMERO D                          | PRUEBA                        | 100                           |
| 5        | 1229605757           | 41116000      | GASES ARTERIALES                  | PRUEBA                        | 3000                          |
| 6        | 1229605205           | 41116000      | TSH NEONATAL                      | PRUEBA                        | 100                           |
| 7        | 1229605088           | 41116000      | SOMATOMEDINA IGF1                 | PRUEBA                        | 100                           |
| 8        | 1229605082           | 41116000      | FACTOR DE CRECIMIENTO IGFBP3      | PRUEBA                        | 100                           |

**CONDICIONES TECNICAS EXIGIDAS**

**REQUISITOS TECNICOS MINIMOS**

Documentos que debe presentar el oferente

- Registro INVIMA vigente de las pruebas que se solicitan.
- Insertos de las pruebas en medio magnético.
- Carta de distribución autorizada por el fabricante vigente, a nombre del proponente.
- Carta de fecha de vencimiento de los reactivos mayor a seis meses.

*"Salud – Calidad – Humanización"*



MinDefensa

Transversal 3ª No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)

Bogotá, D.C. – Colombia



- Carta donde se garantiza que los reactivos ofertados son compatibles con los equipos que se encuentran en apoyo tecnológico actualmente en el Laboratorio del HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

### **GARANTIA TECNICA**

El proponente deberá anexar carta de garantía técnica y termino de respuesta a los requerimientos suscrita por el representante legal o su apoderado, así:

- Que ampare la calidad del bien a adquirir
- Que ampare la composición físico química del mismo
- Que ampare las especificaciones técnicas del bien ofrecido
- Que sea por un término no inferior a seis meses, contados desde la recepción a satisfacción del bien.

### **Termino de Respuesta de Garantía**

El término de respuesta de garantía técnica no debe ser superior de dos días calendario, contado a partir del requerimiento realizado al contratista por parte del Hospital Militar Central, en el evento del que el bien resulte defectuoso para ser repuesto por el contratista.

Estarán a cargo del contratista todos los costos en el que deba incurrir para el cumplimiento de su deber de garantía.

El material de reposición debe ser entregado en el mismo lugar de entrega del elemento inicial. De igual forma, se aplicará esta garantía en caso de vencimiento prematuro del material.

**Atentamente,**

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Documento de Identificación \_\_\_\_\_

ANEXO No. 2  
LISTA DE PRECIOS DE REFERENCIA ESTABLECIDOS

REF: PROCESO DE SELECCIÓN DE MIMIMA CUANTIA No. \_\_\_\_\_

| GASES ARTERIALES, COAGULACIÓN Y ENDOCRINOLOGIA |                      |               |                                       |                  | PRECIO DE REFERENCIA        |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| No. ITEM                                       | CODIGO INTERNO HOMIC | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCION DEL "BIEN O SERVICIO"     | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO INCLUIDO IVA |
|                                                |                      |               |                                       | PRESENTACION     |                             |
| 1                                              | 1229605267           | 41116000      | TROMBINA PARA TIEMPO DE TROMBINA      | PRUEBA           | 1.696                       |
| 2                                              | 1228605050           | 41116000      | TROMBOPLASTINA PARA TTP               | PRUEBA           | 1.368                       |
| 3                                              | 1229605960           | 41116000      | DOSIFICACION FIBRINOGENO CUANTITATIVO | PRUEBA           | 3.496                       |
| 4                                              | 1228605052           | 41116000      | DIMERO D                              | PRUEBA           | 23.050                      |
| 5                                              | 1229605757           | 41116003      | GASES ARTERIALES                      |                  | 4.096                       |
| 6                                              | 1229605205           | 41116000      | TSH NEONATAL                          | PRUEBA           | 11.307                      |
| 7                                              | 1229605088           | 41116000      | SOMATOMEDINA C-IGF1                   | PRUEBA           | 12.438                      |
| 8                                              | 1229605082           | 41116000      | FACTOR DE CRECIMIENTO IGFBP3          | PRUEBA           | 16.961                      |

"Salud – Calidad – Humanización"

