



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**EL SUBDIRECTOR DEL SECTOR DEFENSA - SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA  
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 N° 122 DE 2015.**

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

De conformidad en lo contemplado Artículo 2°, Numeral 6 de la Ley 1150 de 2007, Artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y en la Subsección No 5, art 2.2.1.2.1.5.1. Decreto 1082 de 2015, que 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.

Coordinación Área de Oftalmología de acuerdo al requerimiento No. 6755 DÍGE/SUMED-UCLQX-SOSE-OFTA del 11 de Marzo de 2015.

**1. OBJETO**

**"SUMINISTRO Y ADQUISICIÓN DE LENTES DE USO INTRAOCULAR PARA CASOS DE AFAQUIA PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA 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:

*"Salud – Calidad – Humanización"*

CLASIFICADOR DE BIENES ESPECIFICACIONES TECNICAS

| ND. ITEM | CODIGO INTERNO | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN DEL "BIEN" O "SERVICIO"                              | CARACTERISTICAS TECNICAS REQUERIDAS NO PONDERABLES                                                                                                                                                                                    | UNIDAD MEDIDA |
|----------|----------------|---------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 01       | 1196490546     | 42294517      | LENTE INTRAOCULAR DE AFAQUIA DE FIJACIÓN/ENCLAVAMIENTO IRIDIANO. | LENTE PARA IMPLANTE EN CÁMARA POSTERIOR O ANTERIOR.<br><br>ZONA OPTICA: 6MM-5MM<br><br>LONGITUD TOTAL: 8.5 MM.<br><br>MATERIAL: PMMA<br><br>MEDIDAS: DE ACUERDO A REQUERIMIENTO HECHO POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE DE CADA PACIENTE. | UNIDAD        |
| 02       | 1196490202     | 42294217      | LENTE DE FIJACION ESCLERAL                                       | REGISTRO INVIMA<br><br>LENTE DE UNA SOLA PIEZA CON ANILLOS DE FIJACIÓN.<br><br>ZONA OPTICA. 6.0 MM. +/- 1 MM.<br><br>LONGITUD 13.0 MM +/- 0.5 MM.<br><br>SRK. 118.0 +/- 1.0<br><br>RANGO DIOPTRÍAS +10.0 / +30.0                      | UNIDAD        |

2.1. DOCUMENTOS TECNICOS OBJETO DE VERIFICACION

GARANTÍA TÉCNICA

El bien a adquirir debe tener garantía técnica por defecto.

TERMINO DE RESPUESTA DE LA GARANTÍA

El término de respuesta de la garantía técnica no debe ser superior de 4 días calendario, contando a partir del requerimiento realizado al contratista por parte del Hospital Militar Central, en el evento de 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 aplicara esta garantía en caso de vencimiento prematuro del material.

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

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

El proponente deberá acreditar mínimo (01) un contrato ejecutado, en los últimos tres años contado a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección, cuyo objeto

"Salud – Calidad – Humanización"

corresponda al requerido para el presente proceso de selección, y donde la sumatoria de los mismos sea igual o superior al valor de la oferta presentada.

NOTA: Para la evaluación de estos aspectos se tendrá en cuenta las certificaciones aportadas por los oferentes las cuales deben contener como mínimo la siguiente información:

- Nombre
- Valor y Objeto del contrato el cual debe corresponder con los servicios ofertados en el Presente proceso de selección.
- Nivel de complejidad de la institución contratante
- Documento que especifique el cumplimiento del contrato y si dentro de la ejecución del mismo se presentaron o no observaciones (DE CALIDAD O CUMPLIMIENTO) y si las mismas fueron subsanadas.

### 3.1. 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 **CATORCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$14.565.000,00), M/CTE.**

para todos los efectos, la moneda del contrato será el peso colombiano, respaldados y amparados por el certificado de disponibilidad presupuestal SIIF No. 53815 de fecha 09/06/2015 de Mayo de 2015, Posición catálogo del gasto A-51-1-1-13- 20 y Certificado de disponibilidad presupuestal Dinámica.NET No 534 de fecha del 09/06/2015, por valor de **CATORCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$14.565.000,00), M/CTE.** por concepto de ELEMENTOS DE OFTALMOLOGIA, Expedido por la jefe del área de presupuesto.

### 4.2. FORMA DE PAGO

El valor del contrato que llegará a suscribirse se cancelará mediante pagos parciales dentro de los sesenta (60) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar y radicación de los siguientes documentos:

"Salud - Calidad - Humanización"



MINISTERIO DE DEFENSA

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

Bogotá, D.C. - Colombia



1. Factura Comercial que contenga lo estipulado en el artículo 617, modificado por los artículos 40 de la Ley 223 de 1995 y artículo 64 Ley 788 de 2002 del Estatuto Tributario.
2. Certificado y planilla de pago a los sistemas de seguridad social integral (Salud, Pensión y riesgos profesionales) y aportes parafiscales (Caja de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) de conformidad con la normatividad vigente
3. Acta de Recibo a Satisfacción del Objeto Contractual debidamente diligenciado y firmado por el contratista y supervisor del contrato.
4. El Contratista deberá entregar copia de la certificación Bancaria no mayor a 30 días, para efectos de giro electrónico, donde contenga:
  - Nombre o Razón Social
  - Numero de Nit. Entidad Financiera
  - Número de cuenta Clase de cuenta (Ahorros o corriente)

#### 4.3. LUGAR DE EJECUCION

El objeto del contractual será en el Almacén No 6 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 del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2015, una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del acto.

### 5. CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MAS FAVORABLE

De conformidad a lo descrito en el Decreto 1082 de 2015 artículo 2.2.1.2.1.5.1, 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 1082 de 2015. 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:

**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.

**Jurídico:** Se verificará el cumplimiento de los requisitos mínimos habilitantes establecidos en la presente invitación pública.

**Técnico:** Se verificará el cumplimiento de los factores técnicos como cumple o no cumple

## 6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

### 6.1. VERIFICACION ECONÓMICA

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** (cuando aplique).
- Formulario N° 4 DATOS BASICOS BENEFICIARIO **CUENTA SIIF**, debidamente diligenciado y firmado.
- Formulario No.5 **PROPUESTA ECONÓMICA**, 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.

### 6.2. 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 ciudadanía 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.

"Salud - Calidad - Humanización"



MinDefensa

TRANSVERSAL

Transversal 24 No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)

Bogotá, D.C. - Colombia



MinDefensa  
Escuela de Medicina  
Escuela de Enfermería

**DOCUMENTOS Y CRITERIOS COMUNES DE VERIFICACIÓN JURIDICA**

- Fotocopia de la cedula de ciudadanía 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.

**6.3. 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.

**7. CAUSALES DE DESEMPATE Y/O DECLARATORIA DE DESIERTO****7.1. 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 artículo 2.2.1.2.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015, el cual establece que: En caso de empate, la entidad estatal aceptará la oferta que haya sido primera en el tiempo".

**7.2. DECLARATORIA DE DESIERTO DEL PROCESO**

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

**8. CAUSALES DE RECHAZO**

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

- 9.1. 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).
- 9.2. Cuando no cumpla con las condiciones mínimas técnicas.
- 9.3. 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.
- 9.4. Cuando existan varias propuestas presentadas por el mismo oferente para este mismo proceso de selección (por sí o por interpuesta persona).
- 9.5. 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.

*"Salud - Calidad - Humanización"*

- 9.6. Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere la aplicación del principio de selección objetiva.
- 9.7. 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.
- 9.8. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que contengan datos alterados, enmiendas, tachaduras o entrelíneas, que impidan la selección objetiva de las propuestas.
- 9.9. 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.
- 9.10. La Unión Temporal o Consorcio o la actividad mercantil del comerciante no tenga una relación con el objeto del proceso de selección.
- 9.11. Cuando el representante 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.
- 9.12. 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.
- 9.13. Cualquier otra causa contemplada en la Ley.
- 9.14. Se deben anexar las respectivas certificaciones de la experiencia acreditada, la no acreditación de la experiencia será causal de rechazo de la propuesta.

#### **9. LUGAR FISICO PARA LA CONSULTA DE DOCUMENTOS Y EL RECIBO 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.

**10.OBLIGACIONES: 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:

Proveer a su costo todos los elementos necesarios para el cumplimiento de la invitación.

Cumplir con las obligaciones, condiciones y plazos establecidos en la invitación.

Facilitar las funciones del supervisor designado y permitir su acceso a todos los documentos relacionados con la ejecución del objeto del proceso contractual.

Responder en los plazos que el HOSPITAL MILITAR CENTRAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formulen.

Obrar con lealtad y buena fe, evitando dilaciones y trabas.

Suscribir acta de recibo a satisfacción y de liquidación del objeto contractual.

*"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



1

Los elementos a suministrarse no deben tener defectos de fábrica o por transporte del bien, de lo contrario será devuelto y este deberá ser cambiado por la empresa, sin generar costos adicionales para la institución, esto no debe durar más de 72 horas.

Cumplir a cabalidad del Anexo N°1 Especificaciones técnicas.

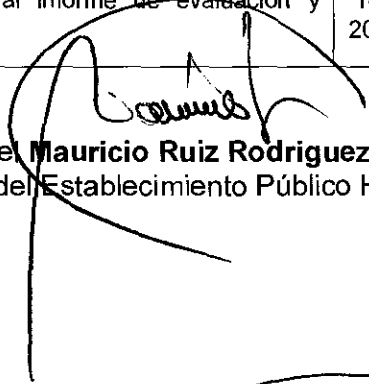
Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del objeto contractual.

Coadyuvar con EL HOSPITAL para que el objeto contratado se cumpla y garantizar que este sea de la mejor calidad.

Cumplir con las condiciones presentadas en la propuesta.

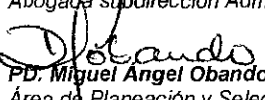
Cumplir las demás obligaciones a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato y de las exigencias legales.

| 10. CRONOGRAMA DEL PROCESO |                                                                                                                                                                                                                                             |                           |             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|
| ETAPA/ACTIVIDAD            |                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                     | HORA        |
| 1                          | Publicación del estudio previo y de la invitación pública                                                                                                                                                                                   | 06 de Julio de 2015       |             |
| 2                          | Observaciones a la Invitación- radicándolas en el Grupo Gestión Contratos del Hospital Militar Central ó enviándolas al correo electrónico <a href="mailto:compras@hospitalmilitarcentral.gov.co">compras@hospitalmilitarcentral.gov.co</a> | 07 de Julio de 2015       | 17:00 horas |
| 3                          | Respuesta a las Observaciones a la Invitación                                                                                                                                                                                               | 08 de Julio de 2015.      |             |
| 4                          | Recepción de ofertas                                                                                                                                                                                                                        | 09 de julio de 2015.      | 10:00 horas |
| 5                          | Revisión de ofertas económicas. Verificación requisitos habilitantes de oferta con menor precio                                                                                                                                             | 10 de Julio de 2015.      |             |
| 6                          | Publicación de Informe de evaluación.                                                                                                                                                                                                       | 10 de Julio de 2015.      |             |
| 7                          | Recibo de Observaciones al informe de evaluación.                                                                                                                                                                                           | Hasta 13 de Julio de 2015 | 16:00 horas |
| 8                          | Repuesta a las Observaciones al informe de evaluación y Aceptación de Oferta                                                                                                                                                                | 14 de julio de 2015       |             |

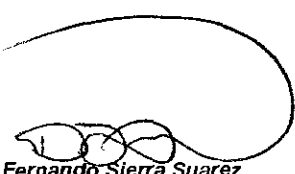
  
Coronel **Mauricio Ruiz Rodriguez**  
Subdirector Administrativo del Establecimiento Público Hospital Militar Central

Aprobó:

  
**Dra. Maritza Sanchez**  
Abogada subdirección Administrativa

  
**PD. Miguel Angel Obando**  
Área de Planeación y Selección

  
**German Alexis Parrado**  
Abogado Grupo Gestión Contratos

  
**Dr. Diego Fernando Sierra Suarez**  
Comité Técnico

Proyecto:  
  
**Yolima Gonzalez Soler**  
Estructurador Económico

  
**Ivonne Pulido Salgado**  
Estructurador Jurídico

"Salud - Calidad - Humanización"



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

Bogotá D.C.

Señores  
**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**Grupo Gestión Contratos**  
 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 34 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 REGISTRARÁ 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.

*"Salud - Calidad - Humanización"*



- 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 coparticipe de la tipicidad penal prevista sobre la materia.

### 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 \_\_\_\_\_

*"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



MAESTRO  
DE  
BELLAS  
ARTES

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

**Referencia:** Presentación de propuesta convocada por **EL 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 incursos 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 1082 de 2015 .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 \_\_\_\_\_

**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: _____ |
| <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:                                                                                                                                                              | _____                    |                 |                         |
| <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. |                          |                 |                         |
| El beneficiario, debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.                               |                          |                 |                         |

**Firma y nombre del proponente y/o representante legal:**  
Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Documento de Identificación \_\_\_\_\_

9

FORMULARIO No. 5

OFERTA ECONOMICA

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

Referencia: Presentación de propuesta convocada por **EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, 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.

| NO. ITEM | CODIGO INTERNO | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN                                                      | CARACTERISTICAS TECNICAS REQUERIDAS NO PONDERABLES  | UNIDAD MEDIDA | CANT | VALOR UNITARIO SIN IVA | VALOR IVA | VALOR TOTAL IVA INCLUIDO |
|----------|----------------|---------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|------|------------------------|-----------|--------------------------|
| 1        | 1196490546     | 42294517      | LENTE INTRAOCULAR DE AFAQUIA DE FIJACIÓN/ENCLAVAMIENTO IRIDIANO. | LENTE PARA IMPLANTE EN CÁMARA POSTERIOR O ANTERIOR. | UNI.          | 1    |                        |           |                          |
| 2        | 1196490202     | 42294217      | LENTE DE FIJACION ESCLERAL                                       | REGISTRO INVIMA                                     | UNI           | 1    |                        |           |                          |
| TOTAL    |                |               |                                                                  |                                                     |               |      |                        |           |                          |

NOTA 1: La adjudicación será total y la verificación se realizará por ítem, en ningún caso el valor de la oferta podrá superar el valor de referencia por ítem.

NOTA 2: La propuesta económica debe ser presentada por escrito y en medio magnético en hoja electrónica (programa Excel, sin celdas o formulas ocultas, el valor del IVA (cuando aplique) con máximo dos decimales y el valor total aproximado al entero)

Atentamente,

Firma y nombre del proponente y/o representante legal:

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

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

"Salud – Calidad – Humanización"



IMPRESION EN TONER



MinDefensa  
Hospital Militar

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.xxx 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:

CLASIFICADOR DE BIENES ESPECIFICACIONES TECNICAS

| NO. ITEM | CODIGO INTERNO | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN DEL "BIEN" O "SERVICIO"                              | CARACTERISTICAS TECNICAS REQUERIDAS NO PONDERABLES                                                                                                                                                                                    | UNIDAD MEDIDA |
|----------|----------------|---------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 01       | 1196490546     | 42294517      | LENTE INTRAOCULAR DE AFAQUIA DE FIJACIÓN/ENCLAVAMIENTO IRIDIANO. | LENTE PARA IMPLANTE EN CÁMARA POSTERIOR O ANTERIOR.<br><br>ZONA OPTICA: 6MM-5MM<br><br>LONGITUD TOTAL: 8.5 MM.<br><br>MATERIAL: PMMA<br><br>MEDIDAS: DE ACUERDO A REQUERIMIENTO HECHO POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE DE CADA PACIENTE. | UNIDAD.       |
| 02       | 1196490202     | 42294217      | LENTE DE FIJACION ESCLERAL                                       | REGISTRO INVIMA<br><br>LENTE DE UNA SOLA PIEZA CON ANILLOS DE FIJACIÓN.<br><br>ZONA OPTICA. 6.0 MM. +/- 1 MM.<br><br>LONGITUD 13.0 MM +/- 0.5 MM.<br><br>SRK. 118.0 +/- 1.0<br><br>RANGO DIOPTRÍAS +10.0 / +30.0                      | UNIDAD        |

**DOCUMENTOS TÉCNICOS OBJETO DE VERIFICACION****GARANTÍA TÉCNICA**

El bien a adquirir debe tener garantía técnica por defecto.

**TERMINO DE RESPUESTA DE LA GARANTÍA**

El término de respuesta de la garantía técnica no debe ser superior de 4 días calendario, contando a partir del requerimiento realizado al contratista por parte del Hospital Militar Central, en el evento de 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 aplicara esta garantía en caso de vencimiento prematuro del material.

**Atentamente,**

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

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

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

*"Salud – Calidad – Humanización"*



PROCESO  
#122 DE 2015

Transversal 3ª No. 49-00 – Conmutador 3486866 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)

Bogotá, D.C. – Colombia



PRECIOS DE REFERENCIA

| O. ITEM | CODIGO INTERNO | CODIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN                                                      | CARACTERISTICAS TECNICAS REQUERIDAS NO PONDERABLES  | UNIDAD MEDIDA | CANT | VALOR UNITARIO / INCLUIDO IVA |
|---------|----------------|---------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|------|-------------------------------|
| 1       | 1196490546     | 42294517      | LENTE INTRAOCULAR DE AFAQUIA DE FIJACIÓN/ENCLAVAMIENTO IRIDIANO. | LENTE PARA IMPLANTE EN CÁMARA POSTERIOR O ANTERIOR. | UNIDAD.       | 1    | \$ 377.000,00                 |
| 2       | 1196490202     | 42294217      | LENTE DE FIJACION ESCLERAL                                       | REGISTRO INVIMA                                     | UNIDAD        | 1    | \$ 90.000,00                  |
| TOTAL   |                |               |                                                                  |                                                     |               |      | \$467.000,00                  |

**NOTA 1:** La adjudicación será total y la verificación se realizará por ítem, en ningún caso el valor de la oferta podrá superar el valor de referencia por ítem.

**NOTA 2:** La propuesta económica debe ser presentada por escrito y en medio magnético en hoja electrónica (programa Excel, sin celdas o formulas ocultas, el valor del IVA (cuando aplique) con máximo dos decimales y el valor total aproximado al entero)

CAUSALES DE RECHAZO

- 1. Cuando la propuesta económica supere el presupuesto oficial por ítem.
- 2. Cuando no allegue la propuesta económica con la oferta.
- 3. Cuando no cumpla con las especificaciones técnicas y los elementos requeridos

"Salud – Calidad – Humanización"



PROFESIONALES  
TRABAJANDO

Transversal 34 No. 49-00 - Conmutador 3486868 Ext. 3002 - [www.hospitalmilitar.gov.co](http://www.hospitalmilitar.gov.co)  
Bogotá, D.C. – Colombia



Ministerio de Defensa  
Hospital Militar