

**INVITACIÓN A COTIZAR
COMPRA DIRECTA
A QUIEN INTERESE
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E
NIT 899.999.032-5**

Tel: (1) 3371597
Dirección: Cra 8 N° 0- 55 Sur Bogota DC
Correo: compras.gestion3@hus.org.co – contratacion@hus.org.co
Numero solicitud: AG 136

OBJETO: SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA VENTILADORES MARCA NEUMOVENT DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA.

1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR

Producto - Servicio - Activo	Detalle	Existencia	Cons.Prom.	Unidad	Cantidad
1910020101564	PANEL CON FILM KIT PARA VENTILADOR MARCA TECME MODELO			UND - UNIDAD	3
1910020101565	FRONT SHIELDED CABINET PARA VENTILADOR MARCA TECME MODELO NEUMOVENT			UND - UNIDAD	3
1910020101566	REAR SHIELDED CABINET PARA VENTILADOR MARCA TECME MODELO NEUMOVENT			UND - UNIDAD	3
1910020101567	LOWER CABINET SUPPORT KIT PARA VENTILADOR MARCA TECME MODELO NEUMOVENT			UND - UNIDAD	3
1910020101293	VALVULA EXHALATORIA PARA VENTILADOR MARCA NEUMOVENT			UND - UNIDAD	14
1910020101102	sensor de oxígeno para ventilador neuomovent graph			UND - UNIDAD	7
1910020101097	circuito pediátrico/neonatal para humidificador mr850 con acople en Y para ventilador neuomovent graph			UND - UNIDAD	6
1910020101568	FILTRO DE AIRE REF. AFD30-02D PARA VENTILADOR MARCA TECME MODELO NEUMOVENT	FILTRO ENTRADA DE AIRE REF 2792RV		UND - UNIDAD	7
SERVO10114	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA VENTILADORES MARCA NEUMOVENT MODELO GRAPHNET	Se requiere contratar el servicio de mantenimiento preventivo para 7 ventiladores por 1 año 2 visitas de mantenimiento preventivo incluido repuestos de alta rotación, y todos los correctivos necesarios, 1 visita de calibración para cada equipo, 2 días (4 turnos) de capacitación clínica, adicional se incluirán los siguientes repuestos de baja rotación que son necesarios para el buen funcionamiento * 3 panel con film kit* 3 front shielded cabinet* 3 rear shielded cabinet* 3 lower cabinet support kit* 7 filtros entrada de aire* 14 válvulas exhalatorias* 7 sensores de oxígeno* 6 circuito paciente* La empresa deberá contar con equipo de respaldo			7

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 www.hus.org.co

“Unidos por tu Bienestar”



2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO.

- Realizar los mantenimientos preventivos según las fechas estipuladas por disponibilidad del equipo.
- Realizar las respectivas visitas correctivas cuando el equipo presente fallas.
- Entrega de cronogramas de mantenimiento preventivo
- Cumplir con la entrega de repuestos incluidos en esta solicitud en caso que el equipo los requiera
- Entregar los repuestos con las especificaciones y características solicitadas
- Entregar instalados los repuestos solicitados
- Entregar el reporte original después de cada visita realizada debidamente firmado por el funcionamiento del equipo o el jefe del servicio.
- Deben instalar un sticker donde informe la fecha de realización de mantenimiento preventivo y el responsable
- Garantía de 3 meses terminados los términos del contrato.

NOTA 1: El proponente deberá guiarse por las especificaciones técnicas, el incumplimiento de cualquiera de estas especificaciones dará a que la propuesta sea rechazada.

NOTA 2: Para respaldar el presente proceso de selección y pago del contrato que de él se derive, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA dispone dentro de su presupuesto de gastos de la vigencia 2016, recursos por valor de:

UNIDAD FUNCIONAL	PRESUPUESTO BOGOTA
REPUESTOS	\$46.490.480
MANTENIMIENTO	\$19.890.520
TOTAL	\$66.381.000

NOTA 3: Si alguno de los proponentes requiere realizar una vista técnica se deberá comunicar con el área de Equipo medico teléfono: 4077075 ext. 10901 con la ingeniera XIOMARA ALVARADO.

NOTA 4: Si el proveedor es **EXCLUSIVO** por favor anexar carta de exclusividad

3. DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

Para facilitar la correcta integración de la propuesta por parte del proponente, la unidad y celeridad en su estudio y la evaluación por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, el proponente deberá adjuntar original de los documentos de la propuesta en el mismo orden en que se relacionan a continuación:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.
- Certificado de Existencia y Representación Legal. Expedido por la autoridad o entidad competente según la ley, donde contenga la actividad económica, la cual debe estar relacionada con el objeto de la invitación y las facultades del Representante Legal, este certificado debe aportarse en original y haber sido expedido con una anterioridad no superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre de la invitación.

En caso que las facultades del representante legal estén restringidas deberá anexar la autorización correspondiente expedida por el órgano competente para actuar en la presentación de la propuesta y en el perfeccionamiento y ejecución del contrato.

- Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT. Donde se pruebe la actividad socioeconómica del proponente.

- Certificación de paz y salvo de pago de aportes de seguridad social y parafiscales. Certificación en la cual se acredite el pago de los aportes realizados durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de propuestas de la presente convocatoria expedida por el revisor fiscal o por el representante legal y contador, según sea el caso.
- Formato diligenciado del registro único proveedores del Hospital

4. OBLIGACIONES DEL OFERENTE

- a). Entregar el objeto del contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas por el Hospital en cuanto a calidad, garantía y precio.
- b). Entregar el objeto del contrato en óptimas condiciones de calidad y funcionamiento.
- c). Dar cumplimiento al objeto del contrato de acuerdo con cada una de las partes estipuladas en él.
- d). Informar sobre el desarrollo del contrato.
- e). Garantizar la calidad de los elementos.
- f). Garantizar que la ejecución se ajuste al Presupuesto propuesto.

5. CAUSALES DE RECHAZO DE PROPUESTAS

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, además de las causales señaladas y establecidas en la Constitución, la ley y en estatuto de contratación del HOSPITAL, podrá rechazar las propuestas en los siguientes casos:

- Cuando se encuentre que el proponente esté incurso en alguna de las prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades previstas en la Constitución o en la Ley.
- Cuando la propuesta sea jurídicamente inhabilitada
- Cuando los documentos presenten borrones, tachones o enmendaduras y no se haya hecho la salvedad correspondiente, o cuando presente alteraciones o irregularidades.
- Cuando la oferta supera el valor del presupuesto oficial estimado.
- Cuando la propuesta se encuentre subordinada al cumplimiento de alguna condición.

6. FORMA DE PAGO

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA efectuará el pago a convenir, una vez radicada y aceptada la factura, previa presentación al supervisor de:

- Factura con los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren.
- Certificación del Supervisor del recibido a satisfacción.

7. LUGAR Y ENTREGA DE LAS COTIZACIONES

Las cotizaciones deben radicarse en la Oficina de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros del HUS, las cotizaciones presentadas después de la fecha de cierre de la Invitación, no serán tenidas en cuenta para el proceso de evaluación y posterior adjudicación.

8. PLAZO DE EJECUCION

El plazo para la ejecución será de 365 días.

9. FACTORES DE EVALUACIÓN

La adjudicación se hará al menor precio siempre y cuando cumpla con las especificaciones técnicas exigidas.

Fecha de la publicación de la invitación: 22 de JULIO de 2016 Hora 15:00 P.M

Fecha de Retiro y cierre de la invitación: 27 de JULIO de 2016 Hora 15:00 P.M


Carlos Alfonso Martínez Camargo
Subdirector de compras, bienes y suministros

ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN

Bogotá, D.C.
Señor:
REPRESENTANTE LEGAL
Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana
Carrera 8 No. 0-55 Sur
Bogotá, D.C.

Ref. SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA VENTILADORES MARCA NEUMOVENT Y CAMAS MARCA PANAMEDICAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA.

EL suscrito, obrando en representación de y de acuerdo con las reglas que contienen los pliegos de condiciones y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, de manera atenta me permito presentar propuesta para servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para equipos de laboratorio clínico, banco de sangre y patología. Para la e.s.e hospital universitario de la samaritana, de acuerdo al objeto de la invitación en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, y en caso que me sea adjudicado el contrato, me comprometo a ejecutar el objeto contractual en la forma y especificaciones determinadas en los pliegos de condiciones y sus anexos, como lo ofrecido en la presente propuesta y a cumplir con todas las obligaciones que surjan de esta Invitación a cotizar y del contrato.
Expresamente manifiesto que:

- a) No estamos incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad según lo previsto por la Constitución Política, la ley y el Estatuto Contractual de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.
- b) Como representante legal tengo capacidad legal y estoy facultado para presentar esta propuesta.
- c) La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
- d) Hemos estudiado los pliegos y declaramos expresamente nuestra conformidad con dicha documentación y el sometimiento a la misma para presentar nuestra propuesta.
- e) Aceptamos las condiciones y demás requisitos contenidos en los pliegos de condiciones.
- f) Declaramos que asumimos toda la responsabilidad por cualquier error u omisión cometido en la preparación y presentación de la propuesta y por los compromisos adquiridos con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y con terceros, derivada de ella.
- g) Nos comprometemos a mantener esta oferta por un período de noventa (90) días contados a partir de la fecha del cierre del proceso de selección o del vencimiento de sus prórrogas si las hubiere.
- h) Aceptamos las responsabilidades y obligaciones relacionadas con la entrega de la oferta y en caso de ser seleccionados, suscribiremos y legalizaremos el contrato en los plazos definidos en el cronograma del proceso de selección.
- i) Que el original de la propuesta consta de () folios, debidamente numerados.
- j) Me comprometo a actuar de buena fe en todo el proceso de selección y pos selección.
- k) Suministro la siguiente información para efectos de notificar o comunicar todos los actos que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, deba o considere necesario efectuar durante el curso de la presente invitación.

Dirección para notificación DIRECCIÓN – TELÉFONO –E-MAIL

(Nombre y firma del Representante Legal)

NOTA: LA FIRMA DE UNA PERSONA DIFERENTE AL REPRESENTANTE LEGAL O QUIEN HAYA DELEGADO O SU APODERADO, O LA AUSENCIA DE FIRMA, DARÁN LUGAR A QUE LA OFERTA SEA RECHAZADA.

Anexo 2:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SUBDIRECCION COMPRAS - SUMINISTROS
DATOS PROVEEDORES

RAZON SOCIAL _____

NIT: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____

TELEFONOS: _____ FAX: _____

PÁGINA WEB: _____

GRAN CONTRIBUYENTE: _____ AUTORETENEDOR: _____

RESPONSABLE DE IVA: _____ RESPONSABLE DE ICA: _____

REGIMEN: COMUN SI _____ NO _____ SIMPLIFICADO: SI _____ NO _____

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: _____ TARIFA ICA: (Porcentaje) _____

PERSONA ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE VENTAS (En la empresa)

NOMBRE _____

TEL: _____ FAX: _____

PERSONA ENCARGADA DE COTIZACIONES (En la empresa)

NOMBRE _____ TEL: _____

LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE _____ FAX: _____

HORARIO DE ATENCIÓN: _____ PÁGINA WEB: _____

REPRESENTANTE COMERCIAL (Persona Encargada de Nuestra Entidad)

NOMBRE : _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____ FAX: _____

REPRESENTANTE LEGAL (Quien figura en Cámara de Comercio)

NOMBRE : _____

TEL: _____ FAX: _____

CEDELA DE CIUDADANÍA _____ CELULAR _____

Anexar a este formato:

- ❖ REGISTRO EN CÁMARA DE COMERCIO (EXPEDICIÓN NO SUPERIOR A 30 DÍAS)
- ❖ FOTOCOPIA DE CEDELA DEL REPRESENTANTE LEGAL
- ❖ FOTOCOPIA RUT
- ❖ DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
- ❖ CERTIFICADO DE PARAFISCALES
- ❖ CERTIFICADO DE POLICÍA, CONTRALORÍA Y PROCURADURÍA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.

NIT 899999032 - 5

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No 698 DEL 2016

EL SUSCRITO DIRECTOR FINANCIERO

CERTIFICA

Que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) siguiente(s) rubros presupuestal(es).

RUBRO PRESUPUESTAL

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR ACTUAL
A	22001	01	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	75.749.160
				75.749.160

OBJETO CDP : PARA CUBRIR SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA 7 VENTILADORES Y 17 CAMAS SEDE BOGOTA

A SOLICITUD DE: JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES

Fecha de Expedición: 16/06/2016

Fecha de Vencimiento: 15/08/2016


MARLESBY SOTELO PUERTO

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera