

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

Fecha: 27/07/2017

Tel: (1) 3371597

Dirección: Cra 8 N° 0- 29 Sur Bogota DC

Correo: [compras.gestion2@hus.org.co](mailto:compras.gestion2@hus.org.co)

Solicitud de compra No. AG00201700107

**OBJETO: ADQUISICION DE CARTUCHOS DE CINTA LTO 4 ULTRIUM**

**1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL OBJETO A CONTRATAR.**

CODIGO HUS	PRODUCTO	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD
1910010200007	CINTA TAPE BACKUP LTO ULTRIUM 4 DRIVERS/LECTURES	Cartucho De Cinta LTO 4 Ultrium • Capacidad: 800 GB nativo1,6 TB comprimidos (suponiendo compresión 2: 1) • Tasa De Transferencia: 240MB/Segundo • Vida Estimada Archivo: 30 Años • Longitud de la Cinta: 2690 ft/820 m • Dimensión Externa: 4.02 in L x 4.15 in W x 0.85 D(102.0 mm x 105.4 mm x 21.5 mm) • Peso del Cartucho: 0.63 lb (285.2 g)	UND - UNIDAD	120

**2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO.**

- La entrega de las cantidades deben ser realizadas en la ESE hospital universitario de la samaritana Bogotá respectivamente.

**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 de un CDP # 687 con fecha del 25/07/2017 dentro de su presupuesto de gastos de la vigencia 2017, recursos por valor de:

UNIDAD FUNCIONAL	PRESUPUESTO
BOGOTA	\$14.400.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$14.400.000</b>

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 Ext. 10711 [www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)  
"Unidos por tu Bienestar"



### 3. DOCUMENTOS JURIDICOS 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.
- Certificado de policía, contraloría y procuraduría de la empresa y representante legal.
- Formato diligenciado del registro único proveedores del Hospital
- Certificación de inhabilidades e incompatibilidades expedidas por el representante legal o delegado de la empresa.

### 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** efectuarán pagos a 90 días fecha factura, 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, adiciones o aclaren.
- Certificación del Supervisor del recibido a satisfacción.
- Certificado de parafiscales.

## 7. LUGAR Y ENTREGA DE LAS COTIZACIONES

Las propuestas deben radicarse en original y en sobre cerrado y debidamente marcado y **FOLEADO**, el cual debe contener tres carpetas así:

- carpeta 1 : documentación jurídica
- carpeta 2 : Documentos técnicos y experiencia
- carpeta 3 : propuesta económica

En la Oficina de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros del HUS en la cra 8 # 0 – 29 sur, edificio administrativo 3 piso, 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 90 DIAS

## 9. FACTORES DE EVALUACIÓN

Los criterios de selección se evaluarán por separado y pasarán únicamente los oferentes que hayan cumplido con los requisitos mínimos exigidos habilitantes esenciales de orden legal y técnico exigidos de acuerdo a la naturaleza del servicio a contratar y su estricto cumplimiento, por ello dentro de los criterios de selección de ofertas, se deben considerar los siguientes factores:

**1. Evaluación Jurídica:** Admisible / No admisible; consiste en la verificación del cumplimiento de la totalidad de los requisitos legales para contratación estatal

**3. Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas:** Admisible / No admisible; cumplimiento del Anexo No. 1

**4. Evaluación Económica:** se tendrá en cuenta el proponente que oferte el menor precio, cumpliendo con los anteriores criterios de selección.

Fecha de la publicación de la invitación: 27 de julio de 2017 Hora 3:30 p. m.  
Fecha de Retiro y cierre de la invitación: 01 de agosto de 2017 Hora 11:30 a. m.



**FREDY RAMIREZ CASASBUENAS**  
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.**

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 la adquisición de cartuchos de cinta LTO 4 Ultrium, 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:

mmmmmmmm) 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.  
nnnnnnnn) Como representante legal tengo capacidad legal y estoy facultado para presentar esta propuesta.  
oooooooo) La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.  
pppppppp) Hemos estudiado los pliegos y declaramos expresamente nuestra conformidad con dicha documentación y el sometimiento a la misma para presentar nuestra propuesta.  
qqqqqqqq) Aceptamos las condiciones y demás requisitos contenidos en los pliegos de condiciones.  
rrrrrrrr) 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.  
ssssssss) 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.  
tttttttt) 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.  
uuuuuuuu) Que el original de la propuesta consta de ( ) folios, debidamente numerados.  
vvvvvvvv) Me comprometo a actuar de buena fe en todo el proceso de selección y pos selección.  
wwwwwwww) 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.

El siguiente documento debe ser diligenciado con letra imprenta y legible

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		TIPO CONTRIBUYENTE	CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA ANTE LA DIAN (4 Dígitos)		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	DV <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN		TELÉFONOS	CIUDAD	E-MAIL	
CONTACTO COMERCIAL con el HUS		E-MAIL	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL GERENTE		IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO	
OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN		DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS			
¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/O OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTOS PÚBLICO? (Declaración del proveedor de si tiene o no la condición de personas Políticamente Expuesta (PEP). Es servidor Público)				SI	NO
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? (Señale el tipo de operación: Importaciones_____, exportaciones_____, inversiones_____, prestamos_____, envío y/o recepción de giros_____, pago de servicios_____, transferencias entre otras_____)				SI	NO
CAPITAL PAGADO	MATRICULA N°	TIPO DE SOCIEDAD	FECHA DE CONSTITUCIÓN		
SOCIOS		VIGENCIA DE LA SOCIEDAD			
OBJETO SOCIAL					
<b>INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS</b>					
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)		CUENTA NÚMERO	ANTIGÜEDAD	
<b>REFERENCIAS COMERCIALES</b>					
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN		TELÉFONO	ANTIGÜEDAD	
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS O SERVICIOS OFRECIDOS</b>					
DETALLE:					
Declaro expresamente que:					
Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla anualmente. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.					
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL E IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
HUELLA					

**CONOCIMIENTO DEL CLIENTE  
CIRCULAR SARLAFT  
INFORMACIÓN GENERAL PARA VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES Y/O PROVEEDORES**

Descripción	PN	PJ
Nombre y Apellidos completos o Razón Social según el caso	X	X
Número de identificación: Cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, carné diplomático, pasaporte o NIT.	X	X
Nombre y Apellidos completos del Representante Legal y número de identificación		X
Dirección y teléfono del Representate Legal		X
Lugar y fecha de nacimiento	X	
Dirección y teléfono residencia	X	
Ocupación, oficio o profesión	X	
Declaración voluntaria de origen de los fondos	X	X
¿Maneja recursos públicos y/u ostente algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP). ¿Es servidor público?)	X	
¿Realiza operaciones internacionales? (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras	X	X
Firma y huella del cliente/usuario. Será la del representante en caso de las personas jurídicas	X	X
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre e identificación del funcionario de la entidad que lo diligencia	X	X
Tipo de Contribuyente (Régimen común, Autorretenedor, Régimen simplificado, Régimen especial)	X	X
Código de actividad económica ante la DIAN (4 Dígitos)	X	X
Número de la cuenta bancaria autorizada para pagos y/o giros, Dirección y teléfono de oficina de la cuenta	X	X
Descripción de los artículos o servicios ofrecidos	X	X
Contacto Comercial con La ESE Hospital Universitario de La Samaritana	X	X

**PN: Identificación requerida del cliente persona natural**

**PJ: Identificación requerida del cliente persona jurídica**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
 INVITACION A COTIZAR AG0000201700107 DE 2017  
 PROPOSTA ECONOMICA  
 ANEXO 3

Proponente: \_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_

ITEM	CODIGO BUS	PRODUCTO	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD	Valor Unitario	IVA	Valor unitario mas IVA	Valor Total	Marca
1	1910010200007	CINTA TAPE BACKUP LTO ULTRILUM 4 DRIVERS/LECTURES	Cartucho De Cinta LTO 4 Ultrium •Capacidad: 800 GB nativo, 1,6 TB comprimidos (sustentando compresión 2: 1) •Tasa De Transferencia: 240MB/Segundo •Vida Estimada Archivo: 30 Años •Longitud de la Cinta: 2690 ft/820 m •Dimensión Externa: 4,02 in L x 4,15 in W x 0,85 D(102,0 mm x 105,4 mm x 21,5 mm) •Peso del Cartucho: 0,63 lb (285,2 g)	UND - UNIDAD	120					
<b>VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA</b>										

FECHA.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL