

	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	CÓDIGO:	F-BS-06
		VERSIÓN:	06

Villavicencio, 07 de Diciembre de 2023.

Señor(a)


Nombre completo del contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
NIT	892000458-6
Dirección:	Calle 4 N° 7-34 Barrio Camoa (San Martin)
Correo Electrónico:	administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co
Teléfono - Celular:	3115912287
Ciudad:	San Martín

El Departamento del Meta, en adelante EL DEPARTAMENTO, lo invita a la celebración de un convenio interadministrativo, cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS, VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCION 1239 DEL 2022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VALORACIONES CLÓNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.**

Las obligaciones a ejecutar para la consolidación del objeto contractual se encuentran enmarcadas dentro del estudio previo y sus anexos los cuales se encuentran publicados en la plataforma del Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP.

Con el fin de adelantar el proceso de contratación, EL DEPARTAMENTO le solicita los documentos relacionados a continuación:

No.	DOCUMENTO	APLICA	NO APLICA
1	Propuesta	X	
2	Acuerdo de creación de la entidad	X	
3	Copia de Acta de posesión y Decreto de nombramiento del representante legal	X	
4	Constancia de habilitación de los servicios de salud	X	
5	Estados Financieros: Balances a diciembre de 2022 certificados por el Contador o Revisor Fiscal.	X	
6	Certificación del representante legal, revisor fiscal o contador que indique estar al día en el pago con los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y aportes parafiscales, de sus empleados seis (6) meses antes del cierre del proceso.	X	
7	Copia del Registro Único Tributario RUT, vigente	X	
8	Documento de identificación, (copia de ambas caras legibles)	X	
9	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o persona jurídica)	X	
10	Certificado de antecedentes fiscales expedido por Contraloría General de la República inferior a 3 meses de expedición. (persona natural y/o jurídica)	X	
11	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional y Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC en un solo archivo pdf.	X	
12	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente de acuerdo a la ley 2097 del 2 de julio del 2021	X	

 	INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA	CÓDIGO:	F-BS-06
		VERSIÓN:	06

13	Declaración juramentada de que la persona jurídica y su representante legal no se encuentran incursos en causales de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con el estado.	X	
-----------	---	---	--

Deberá presentarse dentro de los **tres (3) días hábiles** siguientes al recibo de la presente invitación a través de la plataforma SECOP.

Dentro del contenido de la propuesta, el proveedor deberá manifestar, bajo la gravedad del juramento, que no se encuentra incurso en las causales de inhabilidad o incompatibilidad contenidas en el artículo 8° de la ley 80 de 1993 y los artículos 1°, 2°, 3° y 4° de la ley 1474 de 2011. Además, deberá en caso de entrega de productos, incluir un plan de inversión del presupuesto asignado para el proceso contractual.

Finalmente, es importante resaltar que el futuro contrato no implica relación, subordinación o dependencia laboral de ninguna índole entre el Departamento y el contratista, en consecuencia, tampoco se generará ningún pago de prestaciones sociales.

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO
JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud del Meta

Firma:		Firma:	
Nombre:	DIANA MARCELA LINARES MORALES	Nombre:	JULIETH ANDREA APOLINAR ALMARIO
Cargo:	Profesional -GPSS	Cargo:	Gerente de Prestación de Servicios de Salud
Proyectó		Revisó	