

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de<br/><b>Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                      |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 1</b>                                                                                                                     |

## CONVOCATORIA PUBLICA No. 008 DE 2025

### INTRODUCCIÓN

LA E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA CON NIT 890.680.033-9 pone a disposición de los interesados los términos de referencia para la selección del contratista encargado de la ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTO DE LA RESOLUCION No. 00001970 DE 2024 PARA EL FORTALECIMIENTO PRIMARIO, DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, PARA EL MUNICIPIO AGUA DE DIOS, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 00001970 DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, de acuerdo con las especificaciones técnicas contenidas en el presente documento.

El presente Proceso de Contratación se encuentra identificado con el número de **CONVOCATORIA PUBLICA N° 008 DE 2025.**

El objeto del Contrato se realizará en las instalaciones de la E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA calle 9 número 16-35 y su red prestadora de servicios de salud.

Los estudios y documentos previos, los Pliegos de condiciones definitivo, así como cualquiera de sus anexos está a disposición del público en las instalaciones de la ESE. Los interesados pueden presentar observaciones al presente documento en la oportunidad establecida para el efecto en el Cronograma contenido en la sección IV.

La selección del contratista se realiza a través de convocatoria pública con base al Acuerdo 007 de 2014 modificado por el Acuerdo 035 de 2024 **“ESTATUTO DE CONTRATACION DE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA”**.

La Empresa Social del Estado, es una entidad prestadora de servicios de salud de carácter público creada por Ordenanza Departamental, descentralizada de categoría especial, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, modificada por la ley 1122 de 2007, y la Ley 1438 de 2011 y regulada en lo pertinente por los artículos 194 y siguientes de la citada ley, los decretos 1876 de 1994, 139 de 1996, decretos 357 y 800 de 2008 y cuya representación legal está radicada en el Gerente. Para efectos de la contratación y de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y la ley 1150 de 2007, la entidad cuenta con un régimen especial de contratación y se rige por el derecho privado contenido en las normas civiles y comerciales; no obstante lo anterior, se deberán observar los principios que rigen la función administrativa en la forma establecida en el artículo 209 de la Constitución Política, pudiendo discrecionalmente dar aplicación a las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación pública regido por la ley 80 de 1993 y la ley 1150 de 2007 y las demás normas pertinentes y concordantes; asunto reiterado por el artículo 95 de la ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) por tratarse de una entidad que desarrolla su actividad en competencia con el sector privado. Por su parte, el artículo 76 de la ley 1438 determina que a fin de lograr la eficiencia y transparencia en la contratación, las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 2</b>                                                                                                                 |

de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

Que el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual se define como un ejercicio de coordinación intersectorial para garantizar la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad para lograr un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

Que el artículo 13 de la citada ley, señala los elementos que se deben tener en cuenta para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, entre los que se encuentra el talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado, como respuesta a las barreras identificadas en la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS-, en procura de avanzar hacia un sistema de salud con capacidad de respuesta para abordar y asegurar la atención en salud de las personas, familias y comunidades en todos sus momentos de curso de vida.

Que el artículo 15 de la mencionada norma, dispone que los Equipos Básicos de Salud tienen la obligación de facilitar el acceso a los Servicios de Salud, en el marco de la estrategia de atención primaria en Salud; en ese sentido, la constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano y, por ende, deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

Que en la prestación de los servicios de salud, son actores relevantes las Empresas Sociales del Estado, en razón a que pueden contratar recursos de salud pública en los términos establecidos en los artículos 14 y 15 de la Resolución 518 del 2015 modificada por las Resoluciones 3280 de 2018, 295 y 527 de 2023, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando que dicho acto administrativo dispone que se debe vincular prioritariamente a las Empresas Sociales del Estado ubicadas en el territorio, previa determinación de su capacidad técnica y operativa, a efectos de brindar las atenciones establecidas en el Plan de Atención en Salud Pública.

Que este Ministerio, por medio de la Resolución 737 de 2024, la cual derogó la Resolución 5514 de 2013 y modificó la Resolución 2361 de 2016, dispuso que los actos administrativos que soporten la ejecución de recursos a través del mecanismo de transferencia a entidades territoriales o sus entes adscritos o vinculados, deberán enmarcarse en los requisitos allí previstos y atender a la planeación que la dependencia responsable de la ejecución efectúe para dicha vigencia.

Que la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, recibió propuestas de Empresas Sociales del Estado correspondientes a los departamentos de Arauca, Bolívar, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y el distrito de Santa Marta.

Que mediante resolución 1970 del 11 de Octubre 2024, el Ministerio de Salud asigna recursos a la ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA, para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la Atención Primaria en Salud, a través de la conformación operación de equipos básicos de salud, como se detalla a continuación de acuerdo a los recursos asignados para los Municipios de Agua de Dios de la siguiente manera;

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b></div> <div>Empresa Social del Estado</div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de Cundinamarca</div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                            |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 3</b>                                                                                                           |

| MUNICIPIO BENEFICIARIO | TIPO EBS | Equipo                                     | Valor unitario | Medios de trabajo | Valor Total         | # EBS | TOTAL COSTOS DISPOSITIVOS MEDICOS |
|------------------------|----------|--------------------------------------------|----------------|-------------------|---------------------|-------|-----------------------------------|
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Báscula digital tipo adulto - grado médico | \$ 568.385     | 2                 | \$ 1.136.770        | 12    | \$ 13.641.240                     |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Tensiómetro adulto                         | \$ 384.448     | 2                 | \$ 768.896          | 12    | \$ 5.382.272                      |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Fonendoscopio de dos servicios             | \$ 411.986     | 2                 | \$ 823.971          | 12    | \$ 5.767.797                      |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Equipo de órganos de los sentidos portátil | \$ 1.479.892   | 2                 | \$ 2.959.783        | 12    | \$ 20.718.481                     |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Pulsioxímetro                              | \$ 252.759     | 2                 | \$ 505.519          | 12    | \$ 3.538.633                      |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Termómetro infrarrojo (pistola)            | \$ 147.279     | 2                 | \$ 294.558          | 12    | \$ 2.061.906                      |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Cinta métrica                              | \$ 43.990      | 2                 | \$ 87.979           | 12    | \$ 615.853                        |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Tallímetro                                 | \$ 115.837     | 2                 | \$ 231.674          | 12    | \$ 1.621.718                      |
| AGUA DE DIOS           | RURAL    | Infantometro                               | \$ 179.900     | 2                 | \$ 359.800          | 12    | \$ 2.518.600                      |
| <b>TOTAL</b>           |          |                                            |                |                   | <b>\$ 7.168.950</b> |       | <b>\$ 43.013.700</b>              |

#### A. Convocatoria a las veedurías ciudadanas

En cumplimiento de lo dispuesto en el inciso 3 del artículo 66 de la Ley 80 de 1993 E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA CON NIT 890.680.033-9 invita a todas las personas y organizaciones interesadas en hacer control social al presente Proceso de Contratación a que presenten las recomendaciones que consideren convenientes, intervengan en las audiencias y a que consulten los Documentos del Proceso en las Instalaciones de la ESE Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima del Municipio de Tocaima - Cundinamarca.

#### B. Compromiso anticorrupción

Los Proponentes deben suscribir el compromiso anticorrupción contenido en el Anexo 2 en el cual manifiestan su apoyo irrestricto a los esfuerzos del Estado colombiano contra la corrupción.

Si hay incumplimiento comprobado del compromiso anticorrupción por parte del Proponente, sus empleados, representantes, asesores o de cualquier otra persona que en el Proceso de Contratación actúe en su nombre, es causal suficiente para el rechazo de la Oferta o para de terminación anticipada del contrato si el incumplimiento ocurre con posterioridad a la adjudicación del mismo, sin perjuicio de que tal incumplimiento tenga consecuencias adicionales.

### 1. CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE CONVOCATORIA PUBLICA

#### 1.1. OBJETO

La E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA con NIT 890.680.033-9 pone a disposición de los interesados los términos de referencia para la selección del contratista encargado para **ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTO DE LA RESOLUCION No. 00001970 DE 2024 PARA EL FORTALECIMIENTO PRIMARIO, DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD, PARA EL MUNICIPIO "Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                   |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 4</b>                                                                                                                  |

## AGUA DE DIOS, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 00001970 DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

### 1.2. OFERENTES

Podrán participar en la presente convocatoria las personas naturales y jurídicas reconocidas que cuenten con la idoneidad, experiencia, capacidad y competencia para desarrollar el objeto de la presente convocatoria pública. El Objeto se ejecutará con autonomía administrativa y financiera del contratista, bajo las condiciones generales y particulares establecidas en el presente términos de condiciones y en el contrato que resulte del proceso y en ningún caso genera relación laboral con el Hospital y el personal que preste los servicios, relación que estará definida directamente por el contratista.

### 1.3. REGIMEN JURÍDICO APLICABLE

La presente convocatoria pública se encuentra regida por las normas del Derecho Privado de conformidad con el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y en cumplimiento del artículo 209 y 267 de la Constitución Política de Colombia, por el Acuerdo No. 007 de 2014 modificado por el Acuerdo 035 de 2024, de la Junta Directiva del Hospital y demás normas concordantes.

### 1.4. CRONOGRAMA DE CONVOCATORIA

| ACTIVIDAD                                                                | FECHA                                 | LUGAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Publicación del aviso                                                    | 04 de Julio de 2025                   | Página de Colombia compra eficiente – SECOP II Transaccional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Publicación del Pliego de Condiciones definitivo, resolución de Apertura | 07 de Julio de 2025                   | Página de Colombia compra eficiente – SECOP II Transaccional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Observaciones al pliego de Condiciones                                   | 14 de Julio de 2025<br>9:00 a 12:00 m | Se recibirán observaciones y aclaraciones al Pliego de Condiciones y Anexos únicamente en la fecha, hora y medio señalado en estas líneas (Actividad).<br>Las observaciones y/o aclaraciones podrán ser remitidas únicamente a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II. Opción mensajes, opción observaciones al pliego de condiciones.<br>Las demás observaciones que se radiquen terminados esta |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 5</b>                                                                                                                 |

| ACTIVIDAD                                               | FECHA                                    | LUGAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         |                                          | instancia, consideradas, así como extemporáneas, se entenderá como Derecho de Petición y serán contestados en los términos previstos en la Ley 1755 de 2015                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Respuesta al pliego de Condiciones                      | 16 de Julio de 2025                      | Se publicará consolidado de Respuestas en la página del SECOP II; de ser necesario modificar el pliego de condiciones se efectuará mediante adenda la cual será publicada por el mismo medio enunciado.                                                                                                                                                                                                                                   |
| Plazo máximo para presentar propuestas – Cierre Proceso | 18 de Julio de 2025<br>9:00 a 10:00 a.m. | Se procederá a realizar el acto de cierre, según el reloj visible en el lugar de entrega, por medio de un acta en presencia de los oferentes que deseen participar. Únicamente se recibirán propuestas a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II. Nota: el proponente debe subir la totalidad de documentos solicitados en el pliego de condiciones en la plataforma secop II.                                    |
| Evaluaciones propuestas                                 | Del 21 al 25 de Julio de 2025            | Comité de Compras y contratación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Publicación Informe evaluación                          | 28 de Julio de 2025                      | Página de Colombia compra eficiente – SECOP II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Observaciones a la evaluación                           | 29 de Julio de 2025                      | Se recibirán observaciones y aclaraciones a las Evaluaciones únicamente en la fecha, hora y medio señalado en estas líneas (Actividad). únicamente a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II. Las demás observaciones que se radiquen terminada esta instancia, consideradas, así como extemporáneas, se entenderá como Derecho de Petición y serán contestados en los términos previstos en la Ley 1755 de 2015. |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de<br/><b>Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                       |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 6</b>                                                                                                                      |

| ACTIVIDAD                     | FECHA                | LUGAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respuesta a las observaciones | 06 de Agosto de 2025 | Comité de Compras y contratación                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Audiencia de Adjudicación     | 08 de agosto de 2025 | Se dará aviso a través de correo electrónico la hora                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Adjudicación                  | 08 de agosto de 2025 | Oficina contratación de la ESE Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima<br>El representante legal de la empresa favorecida en la convocatoria deberá ingresar a la plataforma Secop II, con su respectivo usuario y contraseña para aceptar el contrato, el cual se entenderá como suscripción del mismo. |

#### 1.5. PRESUPUESTO OFICIAL (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL).

El presupuesto oficial o estimado de costos para la presente contratación, asciende a la suma de **CUARENTA Y TRES MILLONES TRECE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE (\$43.013.700.00)** Valor que incluye todos los gastos directos e indirectos inherentes al cumplimiento satisfactorio del contrato.

La presente contratación cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1072 del 30 de junio de 2025 del rubro presupuestal:

2.4.5.01.04.02.3 Equipos Médicos Resolución No. 0001970/2024 por valor de \$43.013.700.

Expedido por el responsable del Presupuesto, con cargo a la actual vigencia de 2025.

NOTA. EL VALOR TOTAL DE LA OFERTA NO PODRÁ EXCEDER LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, EN ESTE EVENTO, LA PROPUESTA SERA ELIMINADA.

#### 1.6. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El término de ejecución será de Un (01) mes contado a partir de la Suscripción del Acta de inicio de contrato.

#### 1.7. FORMA DE PAGO

La E.S.E pagará en un (01) pago el valor total del contrato de acuerdo a la entrada al Almacén y entrega efectiva de los equipos y mobiliario a adquirir, previa presentación de factura electrónica, a la cual se adjuntará la constancia de recibo a satisfacción por parte del Supervisor del contrato, quien deberá dejar constancia del cabal e idóneo cumplimiento del mismo, así misma certificación de cumplimiento de pago de aportes a la seguridad social en salud y parafiscales.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 7</b>                                                                                                                 |

Los pagos se realizarán de acuerdo al flujo de recursos de la institución. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales.

## 1.8. RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE

Los procesos de selección de contratistas y proveedores se rigen por el Derecho Privado conforme a lo dispuesto por los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993; Código Civil y Código de Comercio, Estatuto de Contratación proferido por la Junta Directiva La E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA - Acuerdo 007 de 2014 modificado por el Acuerdo 035 de 2024

## 1.9. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.

### 1.9.1. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

- ✓ Entregar a título de venta, los elementos y equipos médicos y bienes muebles, instalados y en funcionamiento, según las especificaciones técnicas mínimas establecidas en el presente estudio, en los sitios que se señalen y en el plazo determinado en el presente proceso contractual.
- ✓ Anexar el registro INVIMA de los equipos que así lo requieran. No se aceptan registros INVIMA que no estén vigentes.
- ✓ Cumplir con el objeto del contrato y las especificaciones técnicas establecidas en el estudio, los términos de referencia, los anexos, y en la oferta presentada por EL CONTRATISTA.
- ✓ Entregar los catálogos debidamente foliados e impresos y en medio magnético donde se describan expresa y detalladamente las características técnicas de cada ítem ofertado. En el idioma de origen y/o en español.
- ✓ Entregar los elementos y equipos médicos y bienes muebles objeto del contrato dentro del horario de atención de la ESE (lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.) en las instalaciones del Almacén General, donde se levantará un acta de ingreso de los bienes y equipos con recibo a conformidad por parte de la ESE, a cargo de la supervisión designada para el efecto.
- ✓ Posterior a la entrega, por su cuenta y riesgo, deberá instalar y dejar en completo funcionamiento los elementos, equipos y bienes muebles en la ESE, de conformidad con la ficha técnica y las cantidades y especificaciones técnicas allí descritas.
- ✓ Asumir los gastos de transporte, bodega, entrega, adecuación, instalación y capacitación requeridos (No incluye preinstalaciones).
- ✓ Capacitar al personal de la ESE, tanto asistencial como técnico, en el manejo, uso y cuidado de los bienes entregados, de acuerdo a las especificaciones técnicas de cada uno de los bienes objeto del presente proceso.
- ✓ Garantizar por mínimo (1) año contra defectos de fabricación los elementos y equipos

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 8</b>                                                                                                                 |

médicos y bienes muebles suministrados.

- ✓ Realizar mínimo dos (2) visitas de mantenimiento preventivo por el (1) año de garantía.
- ✓ Garantizar que, en caso de ser necesario como consecuencia del mantenimiento correctivo del equipo, este será reemplazado con otro de similares o superiores características técnicas por el tiempo que dure el mantenimiento o reparación, con un tiempo de respuesta no mayor a 72 horas hábiles después de reportada la falla sin ningún costo adicional para la entidad contratante o adjudicatarias de los equipos a adquirir.
- ✓ Cumplir con todas las normas de seguridad al instalar los equipos.
- ✓ Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la ESE a través de la supervisión del contrato.
- ✓ Cumplir con todas aquellas obligaciones inherentes al contrato y necesarias para la correcta ejecución del objeto del mismo.
- ✓ Atender las instrucciones, recomendaciones, sugerencias y quejas que le presente el supervisor del contrato.
- ✓ Informar oportunamente al supervisor y/o ESE, cualquier novedad que se presente y afecte la eficiente ejecución del contrato.
- ✓ Entregar a la ESE por escrito y/o en medio magnético el manual de usuario de cada uno de los elementos y bienes suministrados, así como el de instalación (para aquellos equipos que lo requieren).
- ✓ Suministrar la Declaración de Importación expedida por la DIAN según sea el caso del equipo.
- ✓ Responder por cualquier tipo de reclamación, judicial o extrajudicial que instaure, impulse o en la que coadyuve el personal, los subcontratistas o un tercero contra la ESE, por causa o con ocasión del contrato.
- ✓ Suscribir el acta de inicio del contrato conjuntamente con el supervisor designado por la ESE.
- ✓ Constituir, tramitar y mantener vigentes las garantías exigidas por la ESE y allegarlas para la respectiva aprobación a través de la dirección de contratación.
- ✓ Rendir y elaborar los informes, conceptos, estudios y demás documentos que se le soliciten en desarrollo del contrato.
- ✓ Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y entramamientos.
- ✓ Cumplir con la totalidad de los alcances descritos en el contrato, sus anexos y demás soportes que lo anteceden, los cuales hacen parte integral del contrato.
- ✓ Cumplir con las obligaciones laborales del personal contratado en la ejecución del contrato, si fuere el caso.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 9</b>                                                                                                                 |

- ✓ No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.
- ✓ Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato.
- ✓ Informar oportunamente a la ESE sobre eventualidad que pueda surgir y que implique retraso en el desarrollo del contrato.
- ✓ Acatar las instrucciones, sugerencias, observaciones y orientaciones escritas por el supervisor del contrato y la ESE.
- ✓ Suscribir a tiempo las actas requeridas por parte de la ESE (supervisor y/o interventor) como constancias de la ejecución del contrato.
- ✓ Presentar las cuentas de cobro del valor del contrato, anexando todos sus soportes y documentos necesarios para ello, dentro de los plazos convenidos.
- ✓ Acreditar sus pagos de aportes parafiscales y seguridad social y cuando fuere el caso, afiliarse a los terceros que emplee para la ejecución del contrato a una entidad promotora de salud, de manera tal que se garantice la cobertura de los diferentes riesgos y en especial de accidentes de trabajo (Ley 1562 de 2013), y a aplicar en forma estricta los controles y obligaciones que le competen, de acuerdo con lo establecido en la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y el decreto 1703 de 2002 y demás normas concordantes o complementarias, en materia de aportes a seguridad social, vigentes a la fecha de presentación de la oferta y durante la vigencia del contrato.
- ✓ Las demás que por ley o contrato le correspondan.
- ✓ Presentar cronograma de entrega de equipos biomédicos y mobiliario el cual deberá ser aprobado por el Supervisor.
- ✓ Asumir los gastos de la adquisición de materiales, equipos, herramientas, costos de importación, transporte, embalaje, bodegaje, fletes o costos indirectos que se generen por la adquisición de los equipos biomédicos y mobiliario y/o cualquier otro que sea necesario para el desarrollo del contrato, puesta en marcha y funcionamiento de los bienes en el destino final sin que esto refleje un aumento del valor ni disminución de la calidad de los equipos biomédicos.
- ✓ Realizar todos los trámites de importación y nacionalización de los equipos biomédicos y mobiliario, asumiendo todos los costos que estos generen.
- ✓ Realizar ingreso y entrega de los equipos biomédicos y/o mobiliario en la sede acordada con el supervisor del contrato, con el acompañamiento del personal de Ingeniería biomédica, Activos fijos y Almacén; su correspondiente instalación y puesta en funcionamiento.
- ✓ Realizar la entrega, instalación, puesta en funcionamiento y prueba de puesta en marcha de los equipos biomédicos y mobiliario en su destino final en presencia del Supervisor del contrato y el personal de la ESE que se designe para ello dentro del plazo contemplado.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 10</b>                                                                                                                |

- ✓ Presentar los cronogramas de mantenimiento preventivos y calibración de equipos biomédicos según recomendaciones del fabricante, durante el periodo de garantía, así como garantizar mediante oficio seguir de forma exacta el protocolo de mantenimiento de fábrica.
- ✓ Garantizar el reporte técnico formal de todos los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos objeto de la presente convocatoria, junto con los repuestos que sean requeridos para poner los equipos en marcha durante la vigencia de la garantía ofertada por el contratista. El tiempo de la garantía se cuenta a partir de la fecha de instalación, recepción y puesta en marcha a satisfacción de las personas de Ingeniería biomédica, Activos fijos, Almacén y contratista.
- ✓ Entregar programa de capacitación que consiste en: capacitar a los diferentes turnos y servicios del personal asistencial y técnico de ingeniería biomédica, el cual se ejecutará según disponibilidad del personal y las instalaciones en coordinación con el supervisor del contrato. El programa deberá tener en cuenta los siguientes puntos: • Funcionamiento del equipo (para el personal asistencial e ingeniería biomédica de la ESE) • Uso, cuidado, limpieza y desinfección (para el personal asistencial e ingeniería biomédica de la ESE) • Asistencia técnica en mantenimiento (preventivo y correctivo), test de chequeo y calibración primaria (primer llamado). • Allegar un cronograma de capacitaciones.
- ✓ Garantizar por escrito que el equipo ofertado no incurre en ningún tipo de alerta sanitaria o suceso de seguridad, ni en los entes internacionales como los nacionales.

### 1.9.2. OBLIGACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA.

- Ejercer la supervisión y seguimiento permanente de la ejecución del contrato.
- Exigir el cumplimiento de los términos de referencia y las obligaciones del contratista.
- Elaborar el acta de inicio.
- Expedir y tramitar los certificados de cumplimiento del objeto contractual.
- Pagar el valor del contrato en los términos pactados.
- Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y de las garantías a que haya lugar.
- Actuar de tal modo que, por causas imputables a la entidad, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, para lo cual, en el menor tiempo posible, corregirá los desajustes que puedan presentarse y acordará los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que lleguen a presentarse.
- Pronunciarse sobre los documentos que someta el contratista a su consideración, de acuerdo con el contrato.
- Colaborar con el contratista en la ejecución del objeto contratado.

## CAPITULO II

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 11</b>                                                                                                                |

## CONDICIONES GENERALES PARA PARTICIPAR

### 2.1. CALIDADES DE LOS PARTICIPANTES

#### 2.1.1. PARTICIPANTES

Podrán participar en la presente convocatoria las personas naturales y jurídicas reconocidas que cuenten con la idoneidad, experiencia, capacidad y competencia para desarrollar el objeto de la presente convocatoria.

El Objeto se ejecutará con autonomía administrativa y financiera del contratista, bajo las condiciones generales y particulares establecidas en el presente términos de condiciones y en el contrato que resulte del proceso y en ningún caso genera relación laboral con el Hospital y el personal que preste los servicios, relación que estará definida directamente por el contratista.

#### 2.1.2. REQUISITOS HABILITANTES Y DOCUMENTOS PARA ACREDITARLO

Son requisitos habilitantes para participar y verificar: la capacidad jurídica, la capacidad financiera, la capacidad de organización y las condiciones de experiencia. Estos requisitos no otorgan puntaje y el Hospital los verificará como CUMPLE o NO CUMPLE.

El Hospital se reserva el derecho de verificar de manera integral, la autenticidad, exactitud y coherencia de la información aportada por los proponentes, pudiendo acudir para ello a las personas, empresas y/o entidades respectivas de donde provenga la información.

Los proponentes interesados en la presente convocatoria deberán acreditar los requisitos de verificación que a continuación se describen.

El proponente deberá adjuntar los siguientes documentos jurídicos:

#### SI USTED ES PERSONA NATURAL

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carta de Presentación Formato No. 1                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Fotocopia de la cedula de ciudadanía de la persona natural o de su representante si es el caso.                                                                                                                                                                                                    |
| Aporta fotocopia de la Libreta Militar en el caso de que el oferente sea hombre y menor de 50 años.                                                                                                                                                                                                |
| Aporta certificado de existencia y representación legal Cámara de Comercio expedido con una antelación no mayor a Treinta (30) días previos a la fecha de presentación de las propuestas de la Convocatoria el cual deberá comprender dentro de la actividad económica para las personas Naturales |
| Aporta fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)                                                                                                                                                                                                                                               |
| Aporta certificado del pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto                                                                                                                    |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 12</b>                                                                                                                |

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante un lapso no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta Convocatoria , mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Formato No. 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Aporta Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República, vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación, vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Aporta Certificado de antecedentes Judiciales de la policía, vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Aporta Certificado de medidas correctivas, vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| REDAM del proponente, vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Certificado de Delitos Sexuales del proponente, vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Aporta Póliza de garantía de seriedad de la oferta, por una suma asegurada equivalente al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta, con vigencia de noventa (90) días, contados a partir del día del cierre de la convocatoria, término que podrá ser prorrogado a petición de la Entidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Certificado de Inscripción y Clasificación en el Registro Único de Proponentes -RUP, expedido por la Cámara de Comercio, dentro de los treinta <b>(30)</b> días previos a la fecha de presentación de las propuestas de la Convocatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST): Presentar la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los estándares mínimos exigidos conforme al número de trabajadores y el nivel de riesgo clasificado (por la ARL), El proponente deberá evidenciar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo. Es decir, la aplicación de la ley 1562 de 2012, decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 del 19 de febrero de 2019 y demás normas vigentes en materia de riesgos laborales. Para lo cual deberá presentar la evaluación de estándares mínimos con fecha vigente y la certificación expedida directamente por la ARL con un porcentaje del 100% con fecha de expedición de máximo 90 días. |
| PARAGRAFO 1: Para el caso de Consorcios y Uniones Temporales, por lo menos un miembro integrante de los mismos deberá anexar los documentos descritos en el Literal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| El proponente deberá presentar los siguientes procedimientos completos a implementar durante la etapa de servicio de mantenimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento para gestión de acciones preventivas.</li> <li>• Procedimiento para auditorías internas</li> <li>• Procedimiento para gestión de producto y/o servicio no conforme</li> <li>• Procedimiento de control de documentos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Estos procedimientos deberán tener objeto, alcance, responsables, descripción y los                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 13</b>                                                                                                                |

### DESCRIPCIÓN

respectivos formatos y/o protocolos a utilizar. En caso de consorcios y/o uniones temporales, por lo menos un miembro integrante de los mismos deberá anexar los documentos descritos en literal.

NOTA: Si alguno de los documentos no fue aportado, es aportado de manera incompleta o ilegible, la Oficina Jurídica podrá requerir al proponente para subsanar dentro de las 24 horas siguientes al requerimiento hecho por el Hospital. Las que no hayan sido subsanadas dentro de este término se consideraran que no cumplen en el criterio.

### SI ES PERSONA JURIDICA

#### DESCRIPCIÓN

Carta de Presentación Formato No. 1

Aporta fotocopia de la Cédula de Ciudadanía legible del representante legal.

Aporta fotocopia de la Libreta Militar del representante legal en el caso de que el oferente sea hombre y menor de 50 años.

Aporta certificado de existencia y representación legal Cámara de Comercio expedido con una antelación no mayor a Treinta (30) días previos a la fecha de presentación de las propuestas de la Convocatoria el cual deberá comprender dentro de la actividad económica para las personas Naturales o dentro del objeto social para Personas Jurídicas.

Aporta fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)

Aporta Certificado original donde manifiesta no encontrarse incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad dentro de la oferta, tanto del representante legal como la empresa que representa

Aporta certificado donde acredita el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante un lapso no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta Convocatoria, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso. Lo anterior de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Formato No. 3

Aporta Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República, del Representante Legal y de la Empresa, vigente

Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del Representante Legal y de la Empresa, vigente

Aporta Certificado de antecedentes Judiciales de la policía del representante legal, vigente

Aporta Certificado de medidas correctivas del representante legal, vigente

REDAM del representante legal, vigente

Certificado de Delitos Sexuales representante legal, vigente

El proponente se obliga para con la ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA a constituir una **GARANTIA DE SERIEDAD DE LA OFERTA**, equivalente al

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 14</b>                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESCRIPCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10% del valor total de la propuesta, por el termino de tres (3) meses contados a partir de la fecha de cierre de la presente Convocatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Certificado de Inscripción y Clasificación en el Registro Único de Proponentes -RUP, expedido por la Cámara de Comercio, dentro de los treinta <b>(30)</b> días previos a la fecha de presentación de las propuestas de la Convocatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST):</b><br>Presentar la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los estándares mínimos exigidos conforme al número de trabajadores y el nivel de riesgo clasificado (por la ARL), El proponente deberá evidenciar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo. Es decir, la aplicación de la ley 1562 de 2012, decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 del 19 de febrero de 2019 y demás normas vigentes en materia de riesgos laborales. Para lo cual deberá presentar la evaluación de estándares mínimos con fecha vigente y la certificación expedida directamente por la ARL con un porcentaje del 100% con fecha de expedición de máximo 90 días. |
| <b>PARAGRAFO 1:</b> Para el caso de Consorcios y Uniones Temporales, por lo menos un miembro integrante de los mismos deberá anexar los documentos descritos en el Literal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| El proponente deberá presentar los siguientes procedimientos completos a implementar durante la etapa de servicio de mantenimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento para gestión de acciones preventivas.</li> <li>• Procedimiento para auditorías internas</li> <li>• Procedimiento para gestión de producto y/o servicio no conforme</li> <li>• Procedimiento de control de documentos.</li> </ul> Estos procedimientos deberán tener objeto, alcance, responsables, descripción y los respectivos formatos y/o protocolos a utilizar. En caso de consorcios y/o uniones temporales, por lo menos un miembro integrante de los mismos deberá anexar los documentos descritos en literal.                                                                                                        |

#### NOTA:

Si la persona jurídica está obligada a tener Revisor Fiscal, conforme a la normatividad legal vigente, la certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, ARL pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje deberá ser expedido por el mismo.

Si la persona jurídica no está obligada a tener Revisor Fiscal, conforme a la normatividad legal vigente, la certificación podrá ser expedida por su Representante Legal.

Si alguno de los documentos no fue aportado, es aportado de manera incompleta o ilegible, la Oficina Jurídica podrá requerir al proponente para subsanar dentro de las 24 horas siguientes

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 15</b>                                                                                                                |

al requerimiento hecho por el Hospital. Las que no hayan sido subsanadas dentro de este término se consideraran que no cumplen en el criterio.

## SI USTED ES UN CONSORCIO O UNA UNIÓN TEMPORAL

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Presenta Acta original de conformación del consorcio y/o unión temporal, suscrita por cada uno de sus integrantes, determinando su responsabilidad de manera solidaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aportar fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal de la unión temporal o consorcio y de cada uno de los representantes legales de los miembros del consorcio o unión temporal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Aporta para cada uno de los miembros el certificado de existencia y representación legal Cámara de Comercio expedido con una antelación no mayor a Treinta (30) días previos a la fecha de presentación de las propuestas de la Convocatoria el cual deberá comprender dentro de la actividad económica para las personas Naturales o dentro del objeto social para Personas Jurídicas.                                                                                                                                                                                                                                       |
| Registro Único Tributario de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Aporta Certificado de cada uno de los asociados y consorciados en donde conste que no se encuentra incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades o conflicto de intereses; al igual que certificación para la persona que obre como representante legal del consorcio o unión temporal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Aporta certificado donde acredita el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante un lapso no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta Convocatoria, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso. Lo anterior de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Formato No. 3 |
| Aporta certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Convocatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Convocatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Aporta Certificado de antecedentes Judiciales expedido por la Policía para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Convocatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Aporta Medidas correctivas para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Convocatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 16</b>                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESCRIPCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>REDAM para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Convocatoria, vigente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Certificado de Delitos Sexuales para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Convocatoria, vigente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>El proponente se obliga para con la ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA a constituir una <b>GARANTIA DE SERIEDAD DE LA OFERTA</b>, equivalente al 10% del valor total de la propuesta, por el termino de tres (3) meses contados a partir de la fecha de cierre de la presente Convocatoria.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Certificado de Inscripción y Clasificación en el Registro Único de Proponentes -RUP, expedido por la Cámara de Comercio, dentro de los treinta <b>(30)</b> días previos a la fecha de presentación de las propuestas de la Convocatoria.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST):</b> Presentar la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los estándares mínimos exigidos conforme al número de trabajadores y el nivel de riesgo clasificado (por la ARL), El proponente deberá evidenciar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo. Es decir, la aplicación de la ley 1562 de 2012, decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 del 19 de febrero de 2019 y demás normas vigentes en materia de riesgos laborales. Para lo cual deberá presentar la evaluación de estándares mínimos con fecha vigente y la certificación expedida directamente por la ARL con un porcentaje del 100% con fecha de expedición de máximo 90 días.</p> |
| <p><b>PARAGRAFO 1:</b> Para el caso de Consorcios y Uniones Temporales, por lo menos un miembro integrante de los mismos deberá anexar los documentos descritos en el Literal.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>El proponente deberá presentar los siguientes procedimientos completos a implementar durante la etapa de servicio de mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento para gestión de acciones preventivas.</li> <li>• Procedimiento para auditorías internas</li> <li>• Procedimiento para gestión de producto y/o servicio no conforme</li> <li>• Procedimiento de control de documentos.</li> </ul> <p>Estos procedimientos deberán tener objeto, alcance, responsables, descripción y los respectivos formatos y/o protocolos a utilizar. En caso de consorcios y/o uniones temporales, por lo menos un miembro integrante de los mismos, deberá anexar los documentos descritos en literal.</p>                                                                                             |

NOTA:

Si los integrantes de la Unión Temporal están obligados a tener Revisor Fiscal, conforme a la normatividad legal vigente, la certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud,

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 17</b>                                                                                                                |

ARL, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje deberá ser expedido por el mismo. Si alguno de los documentos no fue aportado, es aportado de manera incompleta o ilegible, la Oficina Jurídica podrá requerir al proponente para subsanar dentro de las 24 horas siguientes al requerimiento hecho por el Hospital. Las que no hayan sido subsanadas dentro de este término se consideraran que no cumplen en el criterio.

### 2.1.3. INDICADORES FINANCIEROS PROPONENTE NACIONAL Y EXTRANJERO

De acuerdo con el artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015, para la verificación de los requisitos habilitantes los cuales se denominarán como CUMPLE NO CUMPLE; los Índices financieros serán las cifras registradas en el RUP a corte diciembre 31 de 2024 que se verificarán en el presente proceso de selección son:

| INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CONDICION                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Índice de Liquidez</b> , Indica la facilidad que tienen los activos para convertirse en dinero sin sufrir pérdidas. Este índice nos mide la capacidad de la empresa para hacer frente a sus compromisos de pago a corto plazo.                                                                                 | Activo corriente / Pasivo corriente<br><b>IGUAL O MAYOR A 4,00</b>           |
| <b>Índice de Endeudamiento</b> , Mide la capacidad de endeudamiento de la empresay la financiación por medio del capital ajeno; se considera en términos absolutos o relativos, como el importe de capital ajeno en función del pasivo total de la empresa, o bien la relación de fondos ajenos a fondos propios. | Pasivo total / Activo total<br><b>MENOR o IGUAL AL 0,45</b>                  |
| <b>Razón de Cobertura de Intereses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | Utilidad operacional / Gastos de intereses<br><b>MAYOR O IGUAL A 20</b>      |
| <b>Rentabilidad sobre el patrimonio.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          | (Utilidad Operacional / Patrimonio):<br><b>MAYOR O IGUAL A 0.45</b>          |
| <b>Rentabilidad sobre activos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (Utilidad Operacional / Activo Total):<br><b>MAYOR O IGUAL A 0.30</b>        |
| <b>Capital de Trabajo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Activo Corriente – Pasivo Corriente<br>CT >= al 200% del presupuesto oficial |

### 2.1.4. DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS HABILITANTES PARA LOS OFERENTES PLURALES, (CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES)

Para la determinación de los indicadores financieros y organizacionales y su correspondiente ponderación se procederá de la siguiente manera: Para los Consorcios y Uniones Temporales se calcularán los Indicadores Financieros en forma individual y el resultado de estos se

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 18</b>                                                                                                                |

multiplicará por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes y la sumatoria de éstos, será considerado para verificar la capacidad del Consorcio o Unión Temporal.

$$\text{Indicador} = \frac{(\sum_1^n \text{Componente 1 del indicador}_i \times \text{porcentaje de participación}_i)}{(\sum_1^n \text{Componente 2 del indicador}_i \times \text{porcentaje de participación}_i)}$$

El siguiente ejemplo ilustra el cálculo de los indicadores de capacidad financiera de un proponente plural. Tomado del Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en los Procesos de Contratación - Colombia Compra Eficiente.

Ejemplo: En un Proceso de Contratación se presenta un oferente plural conformado por dos miembros, A y B, quienes tienen una participación del 60% y 40% respectivamente. La siguiente tabla presenta la información financiera de cada uno de los miembros del oferente plural y el cálculo individual de los indicadores. Los valores de las cuentas de los estados están expresados en millones de pesos colombianos:

|                                                                                                                                         |  |          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|
| $\text{Índice de liquidez} = \frac{((1.413 \times 60\%) + (1.117 \times 40\%))}{((98 \times 60\%) + (706 \times 40\%))} = 3,8$          |  | <b>A</b> | <b>B</b> |
|                                                                                                                                         |  | 1.413    | 1.117    |
|                                                                                                                                         |  | 98       | 706      |
| $\text{Índice de endeudamiento} = \frac{((855 \times 60\%) + (1.021 \times 40\%))}{((1.413 \times 60\%) + (1.244 \times 40\%))} = 68\%$ |  | 1.413    | 1.244    |
|                                                                                                                                         |  | 855      | 1.021    |
|                                                                                                                                         |  | 178      | 33       |
|                                                                                                                                         |  | 59       | 4,4      |
| $\text{Razón de cobertura de intereses} = \frac{((178 \times 60\%) + (33 \times 40\%))}{((59 \times 60\%) + (4,4 \times 40\%))} = 3,23$ |  | 14,3     | 1,58     |
|                                                                                                                                         |  | 1.315    | 411      |
|                                                                                                                                         |  | 61%      | 82%      |
| $\text{Capital de trabajo} = 1.315 + 411 = 1.726$                                                                                       |  | 3        | 7,4      |

El cálculo del Capital de trabajo es la sumatoria de los capitales de trabajo de los participantes en el caso que el proponente sea Consorcio o Unión Temporal.

## 2.2. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

### 2.2.1 EXPERIENCIA GENERAL

El proponente deberá acreditar su experiencia general con la ejecución de UNO (01) contrato, cuya suma corresponda mínimo al 200% del valor del presupuesto oficial expresado en SMMLV, que haya sido ejecutado en los últimos TRES (03) años con entidades públicas o privadas, cuyo objeto sea igual o similar a la compra venta de equipos biomédicos, los cuales deberán encontrarse inscritos y clasificados en los códigos UNSPSC, relacionados a continuación:

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 19</b>                                                                                                                |

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIPCION</b>                                                                       |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 41111500      | Instrumentos de medición del peso                                                        |
| 41111600      | Instrumentos de medida de longitud, espesor o distancia                                  |
| 41112200      | Instrumentos de medida de temperatura y calor                                            |
| 41114500      | Instrumentos mecánicos                                                                   |
| 42181500      | Evaluación diagnóstica y productos de examen de uso general                              |
| 42182100      | Estetoscopio y productos relacionados                                                    |
| 42182800      | Básculas médicas de peso                                                                 |
| 42294700      | Equipo de perfusión de corazón abierto y monitores y accesorios y productos relacionados |

El contrato aportado como experiencia general deberá estar terminado, liquidado y clasificado en el RUP; las certificaciones contractuales para acreditar la experiencia deben contar mínimo con la siguiente información:

- Número del contrato
- Nombre institución
- Nombre del contratista
- Valor
- Fecha de inicio y terminación
- Objeto de la contratación

Las certificaciones deben ser expedidas por el funcionario o autoridad competente (representante legal o supervisor o interventor del contrato) de la respectiva entidad con la que haya celebrado el contrato y que haya sido ejecutado a satisfacción de la entidad contratante.

El oferente debe aportar en su oferta cuadro donde indique con claridad a que número de contrato reportado en el RUP corresponde cada certificación.

En caso de acreditar experiencia como parte de un proponente plural, serán tenidas en cuenta de acuerdo con el porcentaje de participación, para lo cual se deberá adjuntar el documento de conformación del proponente plural.

### **2.2.2. EXPERIENCIA ESPECÍFICA:**

El proponente deberá acreditar experiencia específica en la ejecución de UNO (01) contrato, cuya suma corresponda mínimo al 150% del valor del presupuesto oficial expresado en SMMLV, que haya sido ejecutado en los últimos TRES (03) años con entidades públicas o privadas, cuyo objeto sea igual o similar a la compra venta de equipos biomédicos, el cual deberá encontrarse inscrito y clasificado en los códigos UNSPSC requeridos para la experiencia general y serán verificados en el Registro Único de Proponentes (RUP).

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 20</b>                                                                                                                |

Adicionalmente, debe demostrar que en dicho contrato realice el suministro o venta de Autoclave o Esterilizador, anexando copia del contrato, acta de liquidación o factura electrónica.

El contrato certificado como experiencia específica deberá estar terminado y clasificado y su certificado y minuta debe contar mínimo la siguiente información:

- ✓ Número del contrato
- ✓ Nombre institución
- ✓ Nombre del contratista
- ✓ Valor
- ✓ Fecha de inicio y terminación
- ✓ Objeto de la contratación

Las certificaciones deben ser expedidas por el funcionario o autoridad competente (representante legal o supervisor o interventor del contrato) de la respectiva entidad con la que haya celebrado el contrato y que haya sido ejecutado a satisfacción de la entidad contratante.

El oferente debe aportar en su oferta cuadro donde indique con claridad a que número de contrato reportado en el RUP corresponde cada certificación.

**NOTA 1:** Los contratos acreditados en la experiencia serán verificados a través de lo consignado en el R.U.P.

**NOTA 2:** Los contratos con que se acredite la experiencia específica deberán ser diferentes a los aportados para acreditar la experiencia general.

**NOTA 3:** En caso de uniones temporales o consorcios, cualquiera de los integrantes podrá aportar certificaciones para acreditar la experiencia general y la experiencia específica.

**NOTA 4:** En el caso en que las certificaciones sean expedidas a un consorcio o una unión temporal éstas serán tenidas en cuenta de acuerdo con el porcentaje de participación en su ejecución para efectos de contabilizar su valor en SMMLV que tuvo a la fecha de terminación y recibo final del contrato y los demás aspectos exigidos para la experiencia general y/o específica.

En este caso, la certificación de experiencia debe indicar el porcentaje de participación. Si algún contrato de los aportados como experiencia fue ejecutado bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal u otra forma asociativa, el valor facturado que debe informar el proponente será el correspondiente al porcentaje de participación que hubiere tenido en los mismos.

**NOTA 5:** Al proponente cuya experiencia ofrecida no cumpla con los requisitos mínimos establecidos en los puntos anteriores, no le será tenido en cuenta en la evaluación de la experiencia y por lo tanto se declarará NO HABILITADO.

## REGLAS PARA ACREDITAR LA EXPERIENCIA

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 21</b>                                                                                                                |

Para acreditar la experiencia aquí requerida directamente o través de la participación del proponente, en consorcios o uniones temporales, se deberá adjuntar certificación expedida por la entidad contratante que deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Nombre del contratante.
2. Nombre del contratista
3. Si el contrato se ejecutó en consorcio o unión temporal u otra forma conjunta, deberá indicar el nombre de sus integrantes y el porcentaje de participación de cada uno de ellos.
4. Objeto del Contrato.
5. Fecha de inicio y fecha de terminación
6. Valor del Contrato.
7. Nombre de quien expide la certificación.
8. Datos del contratante (teléfono, correo electrónico, etc.)

Así mismo, deberá cumplir con las siguientes reglas:

- a) Para los contratos con los cuales se acredite la experiencia específica, cada contrato debe incluir los códigos requeridos para el presente proceso.
- b) Los contratos con que se acredite la experiencia específica deberán ser diferentes a los aportados para acreditar la experiencia general.
- c) En caso de uniones temporales o consorcios, la experiencia general y específica podrá ser acreditada por cualquiera o todos los integrantes del proponente plural.
- d) Únicamente se admiten contratos registrados en el RUP Teniendo en cuenta la especialidad del proceso y que corresponde a equipo biomédico.
- e) El valor total de los contratos aportados será aquel que tuvo a la fecha de terminación y recibo final del contrato. La conversión a salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) se hará conforme al vigente en el año de contratación de los mismos.
- f) Para efectos de la acreditación de la experiencia requerida en el presente proceso no se aceptarán subcontratos. La anterior regla busca dotar de seriedad y claridad la experiencia acreditada, adicional a lo cual dentro de los requisitos a acreditar está el recibo a satisfacción y el mismo sólo es procedente de parte del contratante frente al contratista directo.
- g) En el caso en que las certificaciones sean expedidas a un consorcio o una unión temporal éstas serán tenidas en cuenta de acuerdo al porcentaje de participación en su ejecución para efectos de contabilizar su valor en SMMLV y los demás aspectos exigidos para la experiencia general y/o específica. En este caso, la certificación de experiencia debe indicar el porcentaje de participación o anexar el acuerdo de unión

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 22</b>                                                                                                                |

temporal o consorcial donde se indique dicho porcentaje.

El proponente deberá relacionar en el ANEXO No. 03, que hace parte de los presentes términos de condiciones.

Al proponente cuya experiencia ofrecida no cumpla con los requisitos mínimos establecidos en los puntos anteriores, no le será tenido en cuenta en la evaluación de la experiencia y por lo tanto se declarará NO HABILITADO.

La verificación de los requisitos de experiencia se calificará como CUMPLE – HABILITADO, NO CUMPLE – NO HABILITADO.

### 3. CAUSALES DE RECHAZO DE LAS PROPUESTAS

Antes de la selección del contratista, además de las causales de rechazo expresamente contempladas en la Ley de Contratación Estatal y dentro del presente términos de referencia, LA ESE rechazará cualquier oferta que se encuentre incurso en cualquiera de las siguientes causales:

#### 3.3.1 DE CARÁCTER JURÍDICO:

- Cuando el oferente se encuentre incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad indicadas en la Constitución Nacional, en la Ley 80 de 1993 y la Ley 1474 de 2011.
- Cuando la oferta sea presentada por personas jurídicamente incapaces para obligarse
- Cuando el documento de constitución del consorcio o unión temporal presente errores que afecten la capacidad legal.
- Cuando no sean subsanadas por el oferente las deficiencias encontradas en su oferta, a solicitud de LA ESE, dentro del plazo que este establezca para tal efecto, o no lo realice correctamente.
- Cuando se presenten dos o más propuestas por un mismo proponente, por si o por interpuesta persona o cuando existan dos o más propuestas bajo el mismo nombre o con nombres diferentes, efectuadas por el mismo proponente, lo cual se concluirá de la presentación, firma, formatos, etc.
- Cuando los socios o asociados de la persona jurídica o los miembros del consorcio o unión temporal o demás formas asociativas que presentan propuesta, pertenezcan a otro proponente que también haya presentado propuesta para el presente proceso
- Cuando se compruebe connivencia o fraude entre los proponentes, que altere la transparencia para la selección objetiva.
- Cuando se compruebe que los documentos presentados por el oferente contienen

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 23</b>                                                                                                                |

información imprecisa, inexacta o que de cualquier manera no correspondan a la realidad o induzcan a la ESE a error, para beneficio del oferente.

- i) Cuando el oferente no presente la garantía de seriedad de la oferta o no sean subsanados los errores o inconsistencias, en el plazo que otorga LA ESE.
- j) Cuando se presenten ofertas posteriores a la hora límite para recepción de ofertas o en lugar diferente
- k) Cuando la inscripción en el Registro Único de Proponentes del oferente ó de alguno de los miembros del consorcio ó unión temporal, haya sido cancelada, no se encuentre vigente y en firme a la fecha del cierre de la presente convocatoria.
- l) Cuando el plazo de duración de la sociedad ó los miembros del consorcio ó unión temporal o sociedad futura, en caso de ser personas jurídicas, sea inferior al plazo de ejecución del contrato y dos (2) años más, contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso, de conformidad con lo expresado en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedida por la Cámara de Comercio.
- m) Cuando la oferta sea formulada a título de consorcio o de unión temporal y no se presente el documento de constitución o se omita la suscripción por quienes lo integren o el documento no se ajuste a los requerimientos enunciados en estos términos de referencia y en la Ley 80 de 1993.
- n) Cuando el oferente haya presentado incumplimientos de forma reiterada, según las anotaciones en el RUP, de conformidad con las estipulaciones contenidas en la Ley 1474 de 2011.
- o) Cuando el oferente haya tratado de interferir o influir indebidamente en el análisis de las ofertas, o en el acto de adjudicación del contrato, o de informarse indebidamente del mismo.
- p) Las demás causales indicadas en estos términos de referencia y en la Ley.

### 3.3.2. DE EXPERIENCIA:

Cuando no se cumpla con las condiciones de experiencia o no se presente el documento exigido para tal fin en el presente términos de referencia.

Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas solicitadas en el Términos de referencia.

### 3.3.3. DE CARÁCTER ECONÓMICO:

- a) Cuando no se presente oferta económica
- b) Sera causal de rechazo si la oferta económica se presenta **por debajo del 97% o por encima del 100%** del presupuesto oficial

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 24</b>                                                                                                                |

- c) Cuando la oferta sea presentada de manera parcial, es decir, no se cotice la totalidad de los ítem y cantidades en el ANEXO No. 02 oferta económica y conforme al ANEXO

### 3.3.4. DE CARÁCTER FINANCIERO:

Cuando no se cumpla con los requisitos mínimos de capacidad financiera y capacidad organizacional, determinados en estos términos de referencia.

NOTA: La ausencia de requisitos o la falta de documentos referentes a la futura contratación o al oferente, no necesarios para la comparación de las ofertas, no servirán de título suficiente para el rechazo de los ofrecimientos hechos.

## CAPITULO IV

### CRITERIOS Y FORMA DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

Una vez efectuada la apertura de las propuestas, el Comité Evaluador y/o Asesor procederá a verificar la capacidad jurídica, condiciones de experiencia, técnicas y capacidad financiera de los documentos que las integran, con el fin de verificar el cumplimiento de estos requisitos, de conformidad con lo establecido en el presente términos de referencia.

Son factores de verificación que debe cumplir la propuesta:

| FACTORES                    | CUMPLIMIENTO       |
|-----------------------------|--------------------|
| VERIFICACIÓN JURÍDICA       | CUMPLE O NO CUMPLE |
| VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA | CUMPLE O NO CUMPLE |
| VERIFICACIÓN TÉCNICA        | CUMPLE O NO CUMPLE |
| VERIFICACIÓN FINANCIERA     | CUMPLE O NO CUMPLE |

La ESE comprobará la exactitud de la información consignada en cada propuesta y podrá solicitar en cualquier momento las aclaraciones que considere pertinentes, dichas aclaraciones y demás solicitudes que para efecto de la verificación realice la Entidad, deberán ser resueltas por el oferente hasta antes la adjudicación.

La verificación de la información contenida en los documentos aportados con la propuesta, se realizará en relación con los requisitos exigidos en el pliego, en consecuencia es necesario e indispensable consignar y adjuntar toda la información detallada que permita su análisis.

En la propuesta, si existe discrepancia entre la información, tenor literal, cifras, ofrecimientos y la documentación aportada, LA ESE se abstendrá de realizar cualquier tipo de interpretación, razón por la cual se calificará como NO HABILITADO

### 4.1. VERIFICACIÓN CAPACIDAD JURÍDICA

El informe jurídico no tiene ponderación alguna, se trata del estudio y verificación que debe realizar

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 25</b>                                                                                                                |

LA ESE, para determinar si la propuesta se ajusta a los requerimientos de la ley y el término de referencia, estableciéndola HABILITADO o NO HABILITADO.

#### 4.2. VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EXPERIENCIA

El informe de experiencia no tiene ponderación alguna, se trata del estudio y verificación que debe realizar LA ESE, para determinar si la propuesta se ajusta a los requerimientos de los términos de referencia, estableciéndola HABILITADO o NO HABILITADO.

#### 4.3. VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS

El informe técnico no tiene ponderación alguna, se trata del estudio y verificación que debe realizar LA ESE, para determinar si la propuesta se ajusta a los requerimientos de los términos de referencia, estableciéndola HABILITADO o NO HABILITADO.

##### 4.3.1. REQUISITOS HABILITANTES TÉCNICO

##### 4.3.2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EQUIPO BIOMÉDICO

Las especificaciones técnicas que se deben cumplir para la compra del Equipo biomédico CORRESPONDEN a las plasmadas en el Anexo N° 01 “ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EQUIPOS BIOMÉDICO”, con lo cual se tiene como requisitos habilitantes técnicos mínimos los siguientes:

##### “ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EQUIPOS BIOMÉDICO”

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CANT |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>BASCULA DIGITAL ADULTO GRADO MEDICO</b> Balanza de plataforma digital reforzada, capacidad: 500 lb / 220 kg, resolución: 0.2 lb / 0.1 kg, pantalla, alimentación: 2 baterías de litio, funciones: interruptor lb / kg / st, apagado automático.                                                                                                                                                                                                | 12   |
| <b>TENSIÓMETRO ADULTO.</b> tensiómetro aneroide, manómetro de alta precisión, resistencia a golpes, rango de indicación de presión 0 ~ 300 mmhg, exactitud certificada a $\pm 3$ mmhg, brazaletes universal libre de látex                                                                                                                                                                                                                        | 12   |
| <b>FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS.</b> Fonendoscopio (estetoscopio) de dos servicios. modelo duplex tamaño adulto, diafragma en aluminio, juego de olivas blandas, longitud mínima 65 cm, anillo de protección contra el frío                                                                                                                                                                                                                     | 12   |
| <b>EQUIPO DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS PORTÁTIL.</b> kit de órganos y sentidos, Espéculo auricular múltiple o desechable, un otoscopio iluminación fibra óptica luz blanca led, oftalmoscopio iluminación directa con luz led, rueda de ajuste de dioptrías, carcasa de protección contra el polvo, interruptor de encendido / apagado, con dioptrías 0, $\pm 1$ , $\pm 2$ , $\pm 3$ , $\pm 4$ , $\pm 6$ , $\pm 8$ , $\pm 10$ , $\pm 15$ , $\pm 20$ | 12   |
| <b>PULSIOXÍMETRO.</b> Oxímetro adulto, tipo pinza, pantalla led de alta resolución, apagado automático - peso aprox de 54g incluyendo baterías                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 12   |
| <b>TERMÓMETRO.</b> Temperatura 16° c a 38° c $\pm 5^\circ$ c, resolución 0,2° c, almacenaje mínimo de 22 lecturas, apagado automático, fuente de alimentación: baterías alcalinas                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12   |
| <b>CINTA MÉTRICA.</b> Cinta métrica extraíble sin escalas, alcance de medición: 15 - 205 cm, división: 1mm, diámetro: 70 mm altura: 22 mm, peso: aprox. 55 g                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 12   |
| <b>TALLÍMETRO.</b> Material flexible, inextensible e impermeable, Rango de medición de altura: hasta mínimo 150 cm, escala: 1 mm, ancho de la cinta de 0.5 o 0.7 cm, liviano                                                                                                                                                                                                                                                                      | 12   |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 26</b>                                                                                                                |

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CANT |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| para su traslado con un peso aproximado 2 kg $\pm$ 0,5 kg, base de apoyo amplia                                                                                                                                                                                                               |      |
| <b>INFANTOMETRO.</b> Con dos topes plegables: uno en el extremo y un tope deslizante en el cual genera la medida, rango de medida: mínimo de 0 - 100 cm, división de escala: 1mm, liviano para su traslado con un peso aproximado 800g $\pm$ 100 g, material en aluminio o en polímero de abs | 12   |

Nota: La propuesta técnico-económica será verificada a fin de que los equipos ofrecidos cumplan con las especificaciones técnicas mínimas requeridas.

Nota: El oferente deberá presentar la ficha técnica de cada equipo, resaltando cada una de las específicas exigidas, indicando el numeral al cual corresponde conforme al anexo técnico.

#### 4.3.3. CAPACITACIONES:

De conformidad con los Estudios Previos, y sin perjuicio de las especificaciones técnicas mínimas contenidas en la FICHA TÉCNICA, se tiene como requisitos habilitantes técnicos mínimos los siguientes:

1. Como se requiere capacitar al personal de la E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA tanto asistencial como técnico, en el manejo, uso y cuidado de los elementos y bienes entregados, deberá contar con personal técnico certificado por el INVIMA, con experiencia a partir de la emisión de la Tarjeta Profesional con el fin de que se garantice la idoneidad en el soporte técnico y capacitación de acuerdo a la complejidad, seguridad y calidad de los equipos a suministrar para la prestación de servicios de salud.

Para lo anterior, el Proponente deberá allegar con la propuesta:

- ❖ Hoja de vida del personal técnico que ejecutará la capacitación,
- ❖ Certificación del INVIMA, copia de la inscripción de recurso humano para el mantenimiento de Dispositivos médicos considerados equipos biomédicos, artículo 39 del decreto 4725 de 2005 expedido por el INVIMA.
- ❖ Documento de Identidad.
- ❖ Diplomas de estudios
- ❖ Tarjeta profesional
- ❖ Certificado de antecedentes expedido por el COPNIA

Adicional el proponente deberá anexar carta de compromiso en la cual se establezca que el personal propuesto para ejecutar las capacitaciones será el mismo del cual se anexaron las hojas de vida, sin que dicho personal sea modificado durante la ejecución del presente contrato.

El personal solicitado es:

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 27</b>                                                                                                                |

| ITEM | PROFESION                  | REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | EXPERIENCIA LABORAL                                                                        |
|------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Técnico en electromedicina | <p>Inscripción para mantenimiento de dispositivos médicos considerados equipos biomédicos y tecnovigilancia, Artículo 39 del decreto 4725 de 2005 expedido por el INVIMA</p> <p>Certificación de estudios en: metrología o aseguramiento metrológico biomédico, habilitación y acreditación en salud, expedido por entidades autorizadas por el ministerio de educación</p> | Mínimo ocho (08) años de experiencia, a partir de la expedición de la tarjeta profesional  |
| 2    | Ingeniero Electrónico      | <p>Inscripción para mantenimiento de dispositivos médicos considerados equipos biomédicos y tecnovigilancia, Artículo 39 del decreto 4725 de 2005 expedido por el INVIMA</p> <p>Certificación de estudios en: Ingeniería Electrónica, expedido por entidades autorizadas por el ministerio de educación</p>                                                                 | Mínimo cinco (05) años de experiencia, a partir de la expedición de la tarjeta profesional |

#### 4.3.4. DOCUMENTACIÓN.

1. El Proponente deberá allegar junto con la propuesta, las cartas de autorización de distribución de los bienes ofertados. Dichas cartas de distribución deberán ser emitidas por el fabricante y/o distribuidor autorizado en Colombia cuando se trate de bienes importados y dirigidas al proceso de contratación que nos ocupa.
2. El Proponente deberá allegar junto con la propuesta su Certificado de Capacidad de Almacenamiento y acondicionamiento (CCAA), expedido por el INVIMA del lugar donde se almacenan los equipos en el que conste el cumplimiento de las condiciones sanitarias para el almacenamiento y / o acondicionamiento (Decreto 4725 de 2005). En caso de consorcios, uniones temporales, promesa de sociedad futura, o cualquier forma de asociación, todos los integrantes que lo conformen deberán contar con este certificado.
3. El Proponente deberá anexar el registro INVIMA de los equipos ofertados que así lo requieran. No se aceptarán registros INVIMA que NO estén vigentes.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 28</b>                                                                                                                |

- El Proponente deberá Garantizar el suministro de repuestos, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos que se ofertan como mínimo por 5 años.
- El proponente debe entregar cronograma de mantenimiento de acuerdo a la garantía ofrecida.
- El proponente debe entregar certificado de calibración en los ítems que aplique y de acuerdo a la normativa vigente (N/A).

#### 4.3.5. MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO.

El proponente deberá certificar por escrito que cuenta con capacidad técnica para la ejecución de los mantenimientos preventivos y/o correctivos, la cual abarca laboratorio de mantenimiento, equipos patrón calibrados con los cuales se ejecutará el mantenimiento preventivo y/o correctivo

Carta de compromiso en la cual se establezca que el personal propuesto para ejecutar las capacitaciones será el mismo del cual se anexaron las hojas de vida, sin que dicho personal sea modificado durante la ejecución del contrato.

La verificación de los requisitos técnicos se calificará como CUMPLE – HABILITADO, NO CUMPLE – NO HABILITADO.

#### 4.4. VERIFICACIÓN CAPACIDAD FINANCIERA

El informe financiero no tiene ponderación alguna, se trata del estudio que debe realizar LA ESE, para determinar si la propuesta se ajusta a los requerimientos de la Ley y los términos de referencia, estableciéndola HABILITADO o NO HABILITADO.

#### 4.5. FACTORES DE PONDERACIÓN O EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

La ESE, una vez verificado cada uno de los documentos y requisitos exigidos dentro de los pliegos de condiciones, y establecida la condición de ADMITIDA de la propuesta, procederá a calificar cada una de las propuestas que resultaren admitidas, teniendo en cuenta los siguientes criterios de evaluación que tienen un valor total de 100 (cien) puntos a saber

| CUADRO DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS |                              |                |
|----------------------------------------|------------------------------|----------------|
| ITEM                                   | CRITERIOS DE CALIFICACIÓN    | PUNTAJE MÁXIMO |
| 1                                      | Por el precio                | 50             |
| 2                                      | Por la Garantía              | 10             |
| 3                                      | Por Valores agregados        | 10             |
| 4                                      | Por mantenimiento preventivo | 20             |
| 5                                      | Recurso Humano               | 10             |
|                                        | <b>TOTAL PUNTAJE</b>         | <b>100</b>     |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                  |                      |                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA |                      |  <div>Gobernación de Cundinamarca</div> |
|                                                                                                                                                                       | PLIEGO DE CONDICIONES                            |                      |                                                                                                                           |
| CÓDIGO: DEPE-F-06                                                                                                                                                     | VERSIÓN:03                                       | FECHA:<br>01/02/2024 | PAGINA: 29                                                                                                                |

#### 4.5.1 CALIFICACION ECONOMICA: PUNTAJE MAXIMO CINCUENTA (50) PUNTOS.

Se asignará puntaje de acuerdo al precio de la siguiente manera:

##### PRECIO (50 puntos máximo)

Obtendrá cincuenta (50) puntos la oferta que presente un menor valor; a las demás ofertas se les asignará puntaje en forma descendente y proporcional en menos diez (10) puntos de acuerdo al orden de la oferta, así: a la segunda oferta 40 puntos; a la tercera 30 puntos; a la cuarta 20 puntos y así en orden descendente:

| DESCRIPCIÓN                     | PUNTAJE |
|---------------------------------|---------|
| Propuesta de menor precio total | 50      |
| Segunda Propuesta               | 40      |
| Tercera Propuesta               | 30      |
| Cuarta Propuesta                | 20      |

#### 4.5.2 GARANTÍA: PUNTAJE MÁXIMO VEINTE (20) PUNTOS

**Se asignará puntaje de acuerdo a la garantía de la siguiente manera:** GARANTÍA (10 puntos máximo)

Obtendrá diez (10) puntos la oferta que presente un mayor tiempo de garantía; a las demás ofertas se les asignará puntaje en forma descendente y proporcional en menos cinco (5) puntos de acuerdo al orden de la oferta, así: a la segunda oferta 5 puntos; a la tercera y siguientes 0 puntos:

| DESCRIPCION                                                                      | PUNTAJE |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Oferta con Mayor número en meses de garantía ofrecida                            | 10      |
| Segunda oferta con mayor número en meses de garantía ofrecida                    | 05      |
| Tercera y demás ofertas con mayor número en meses de garantía ofrecida Propuesta | 00      |

#### 4.5.3 VALOR AGREGADO: PUNTAJE MÁXIMO DIEZ (10) PUNTOS

Para calificar este aspecto, se tendrán en cuenta los productos, elementos o desarrollo tecnológico adicional o de tecnología más avanzada a los requeridos en los presentes Términos de referencia como requisitos mínimos y no deben generar ningún tipo de contraprestación económica por parte de la E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA. El oferente deberá discriminar el valor de los accesorios o suministros entregados como valor agregado y especificar las características (marcas y modelos) propias del accesorio o suministro y su valor que

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 30</b>                                                                                                                |

sea acorde a los precios del mercado.

Es importante destacar que el accesorio o suministro debe ser compatible con el equipo ofertado, para su uso y servicio misional.

Se otorgará un máximo de diez (10) puntos al proponente que ofrezca el mayor número de servicios agregados y proporcionalmente a los demás de acuerdo con la siguiente tabla y así en orden descendente:

| DESCRIPCIÓN                                                               | PUNTAJE |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|
| Proponente con Mayor valor monetario en accesorios y suministros.         | 10      |
| Segundo Proponente con Mayor valor monetario en accesorios y suministros. | 08      |
| Tercero Proponente con Mayor valor monetario en accesorios y suministros. | 06      |
| Cuarto Proponente con Mayor valor monetario en accesorios y suministros.  | 04      |

#### 4.5.4 MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS: PUNTAJE MÁXIMO VEINTE (20) PUNTOS

Obtendrá veinte (20) puntos la oferta que presente un mayor número de visitas de mantenimiento preventivo durante el tiempo de garantía ofrecido; a las demás ofertas se les asignará puntaje en forma descendente y proporcional en menos cinco (05) puntos de acuerdo al orden de la oferta, así: a la segunda oferta 15 puntos; a la tercera 10 puntos; a la cuarta 05 puntos y así en orden descendente:

| DESCRIPCIÓN                                                                         | PUNTAJE |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Oferta con Mayor número de visitas ofrecidas durante el tiempo de garantía          | 20      |
| Segunda oferta con Mayor número de visitas ofrecidas durante el tiempo de garantía. | 15      |
| Tercera oferta con Mayor número de visitas ofrecidas durante el tiempo de garantía. | 10      |
| Cuarta oferta con Mayor número de visitas ofrecidas durante el tiempo de garantía.  | 05      |

#### 4.5.5 RECURSO HUMANO: PUNTAJE MÁXIMO DIEZ (10) PUNTOS

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 31</b>                                                                                                                |

Obtendrá diez (10) puntos la oferta que cuente con el siguiente personal, con el fin de que se garantice la idoneidad en el soporte técnico y conocimiento de acuerdo con la complejidad, seguridad y calidad de los equipos a suministrar.

| ITEM | PROFESION           | REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EXPERIENCIA LABORAL                                                                       |
|------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Ingeniero Biomédico | <p>1- Inscripción para mantenimiento de dispositivos médicos considerados equipos biomédicos y tecnovigilancia, Artículo 39 del decreto 4725 de 2005 expedido por el INVIMA</p> <p>2-Certificación de estudios en: Ingeniería Biomédica, expedido por entidades autorizadas por el ministerio de educación</p> <p>3- Formación en Protección radiológica expedido por entidades autorizadas por el Ministerio de Educación</p> | Mínimo diez (10) años de experiencia, a partir de la expedición de la tarjeta profesional |

Para lo anterior el Proponente deberá allegar como soporte a propuesta: Hoja de vida del profesional, Copia de cedula de ciudadanía, Diploma y/o certificación de estudio, Registro de Inscripción expedido por el INVIMA; Tarjeta profesional, Antecedentes profesionales.

Nota: El profesional presentado para ponderación debe ser distinto al personal ofertado en requisitos habilitantes.

#### 4.5 CRITERIOS DE DESEMPATE.

En el evento de presentarse empate entre dos (2) o más ofertas, LA ESE actuará así:

1. En caso de empate, se elegirá la oferta que obtenga mayor puntaje en el ítem de general de precio.
2. En caso de continuar el empate, se elegirá la oferta de mayor puntaje en ítem general de garantía.
3. Si continua el empate, se tendrá en cuenta el proponente que brinde mayor numero de mantenimientos preventivos.
4. Si persiste el empate, se efectuará un sorteo por el sistema de balota entre los participantes empatados.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 32</b>                                                                                                                |

## 5 DECLARATORIA DESIERTA DE LA CONVOCATORIA:

La ESE, podrá declarar desierta la convocatoria cuando existan motivos o causas que impidan la escogencia objetiva de la propuesta más favorable para la Entidad y en los siguientes casos:

- 5.1 Cuando no se presente ninguna propuesta, con lo cual se manifiesta la voluntad expresa de no participación.
- 5.2 Cuando a juicio de la entidad ninguna de las propuestas se ajuste totalmente a los requisitos establecidos en los pliegos de la presente convocatoria y/o presente documentación incompleta o falsa.
- 5.3 Cuando se establezca que existió acuerdo previo entre los proponentes o actuaciones dolosas de éstos o de funcionarios o contratistas de la ESE encaminadas a alterar la transparencia u objetividad de la convocatoria.

De acuerdo al Estatuto de Contratación de la Empresa, en caso de declaración de desierta, se podrán solicitar nuevas propuestas y adjudicar directamente.

## 6 ADJUDICACIÓN

Se Adjudicará al proponente que obtenga como mínimo un puntaje de 80 en la evaluación realizada por la E.S.E HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA.

Si no se presentan observaciones al informe de evaluación dado a conocer por ESE, se procederá a adjudicarlo.

Dicha adjudicación se hará mediante resolución firmada por el ordenador del gasto o su delegado.

## 7 SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

Para la suscripción y legalización del contrato, el representante legal de la entidad adjudicada deberá presentarse en la entidad para suscribir y legalizar el contrato respectivo.

Las normas jurídicas que regirán el contrato son las estipuladas en la ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios, así como el manual de Contratación de la ESE.

## 8 GARANTIAS DEL CONTRATO

A efectos de asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo del contratista, una vez suscrito el contrato deberán ser presentadas por el contratista las siguientes Garantías:

- ❖ **Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato estatal incluyendo en ellas el pago de multas y cláusula penal pecuniaria.** Este amparo cubrirá a la ESE de los perjuicios directos derivados del incumplimiento total o parcial de las obligaciones nacidas del contrato, así como de su cumplimiento tardío o de cumplimiento defectuoso, cuando ellas sean imputables al contratista. Además de estos riesgos, este amparo comprenderá

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                  |                      |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA |                      |  <div>Gobernación de Cundinamarca</div> |
|                                                                                                                                                                       | PLIEGO DE CONDICIONES                            |                      |                                                                                                                            |
| CÓDIGO: DEPE-F-06                                                                                                                                                     | VERSIÓN:03                                       | FECHA:<br>01/02/2024 | PAGINA: 33                                                                                                                 |

siempre el pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria pactadas en el contrato y el valor será del 20% del valor total del contrato, otorgada con vigencia por el tiempo de ejecución del contrato y seis (6) meses más.

- ❖ **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados** que cubre ala ESE de los perjuicios imputables al contratista garantizado derivados de la mala calidad o deficiencias técnicas de los bienes o equipos por él suministrados, de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas en el contrato o por el incumplimiento de los parámetros o normas técnicas establecidas para los respectivos bienes o equipos y el valor será como mínimo del 30% del valor del contrato y su vigencia será de un (1) año contados a partir de la fecha de entrega de los bienes.
- ❖ **Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales** que cubre a la entidad de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que esté obligado el contratista garantizado, derivadas de la contratación del personal utilizado para la ejecución del contrato que se ampara, por valor equivalente al 5% del valor total del contrato y se extiende por el plazo del contrato y tres (3) años más.

## 9 LIQUIDACIÓN

El contrato que se derive de la presente Convocatoria pública, una vez finalizada su vigencia será liquidada por las partes dentro del término y procedimientos indicados en la minuta contractual.

MARTHA JUDITH CORTES RODRIGUEZ  
GERENTE

Proyecto: Ingeniería Biomédica  
Reviso: CORREA VELASQUEZ ASESORIAS JURIDICAS INTEGRALES SAS

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                  |                      |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA |                      |  <div>Gobernación de Cundinamarca</div> |
|                                                                                                                                                                       | PLIEGO DE CONDICIONES                            |                      |                                                                                                                            |
| CÓDIGO: DEPE-F-06                                                                                                                                                     | VERSIÓN:03                                       | FECHA:<br>01/02/2024 | PAGINA: 34                                                                                                                 |

## ANEXOS Y FORMATOS

### FORMATO No. 1

#### CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 DE 2025

Ciudad y fecha

Señores

**ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA**

Ciudad

ASUNTO: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 **DE 2025**

Respetado Doctor:

Nosotros los suscritos \_\_\_\_\_ de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 **DE 2025**, presentamos la siguiente propuesta para la **XXXXXXXX** y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente dentro de los (5) días siguientes de la Resolución de Adjudicación y/o de la comunicación de la Entidad para suscribir el contrato.

Declaramos así mismo bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete a los firmantes de esta carta y a quienes lo representen.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad los términos de condiciones de la Convocatoria Pública No. **XXX DE 2025** y demás documentos de la convocatoria y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran los Términos de Condiciones y aceptamos su contenido.
- Que en el evento de salir favorecidos con la adjudicación, suscribiremos el respectivo contrato dentro de los cinco (5) días siguientes de la Adjudicación y/o de la comunicación de la Entidad para suscribir el contrato.
- Que no me/nos hallo/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad, incompatibilidad y/o conflicto de intereses de las señaladas en la Constitución Política y la Ley.
- Que nos comprometemos a cumplir totalmente los servicios en los plazos estipulados en los

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 35</b>                                                                                                                |

términos de Condiciones.

Que responderé (mos) por la calidad de la interventoría contratada, sin perjuicio de la constitución de la garantía.

- Afirmo, que el proponente o los socios de la persona jurídica, o cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, no se encuentra reportado en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República (Resolución Orgánica No. 05149 de 2000).
- Que no hemos sido sancionados mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos cinco (5) años anteriores a la fecha de cierre del presente Proceso de Selección. (DILIGENCIAR SOLO CUANDO EL PROPONENTE NO HA SIDO SANCIONADO)
- Que hemos sido sancionados por \_ (indicar el nombre de la(s) entidad(es) sancionadoras).(DILIGENCIAR SOLO CUANDO EL PROPONENTE HA SIDO SANCIONADO)
- Que la propuesta tiene una validez de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de cierre de la Convocatoria Pública.
- Que con la presentación de esta Oferta me comprometo a ofrecer y cumplir las condiciones técnicas mínimas excluyentes establecidas en los estudios previos, pliegos de condiciones, sus anexos y formatos.
- Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 de la ley 1150 de 2007 en concordancia con la ley 527 de 1999 y 962 de 2005, acepto que las notificaciones, requerimientos, comunicaciones, avisos, citaciones, y demás actuaciones a que haya lugar en razón o con ocasión del presente proceso sea realizado a través del Correo Electrónico.

Atentamente,

Razón Social \_\_\_\_\_  
Nit \_\_\_\_\_ Régimen tributario al cual pertenece \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO (\*)

(\*) NOTA: Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la oferta respectiva. Si es persona jurídica, por quien conforme a la ley esté facultado. Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 36</b>                                                                                                                |

## FORMATO No. 2 CONVOCATORIA PÚBLICA 008 DE 2025 COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

El (los) suscrito(s) a saber: *(NOMBRE DEL PROPONENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL PROPONENTE)*

domiciliado en \_\_\_\_\_, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Y LUGAR DE SU EXPEDICIÓN), quien obra en .... (1- ...SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, SI EL PROPONENTE ES PERSONA JURÍDICA, CASO EN EL CUAL DEBE IDENTIFICARSE DE MANERA COMPLETA DICHA SOCIEDAD, INDICANDO INSTRUMENTO DE CONSTITUCIÓN Y HACIENDO MENCIÓN A SU REGISTRO EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE SU DOMICILIO; 2- ... NOMBRE PROPIO SI EL PROPONENTE ES PERSONA NATURAL, Y/O SI LA PARTE PROPONENTE ESTA CONFORMADA POR DIFERENTES PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, NOMBRE DEL CONSORCIO O DE LA UNIÓN TEMPORAL RESPECTIVA), quien(es) en adelante se denominará(n) EL PROPONENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA, realizó la convocatoria pública No. 008 **DE 2025**, para la celebración de un contrato de consultoría para realizar \_\_\_\_\_ en los términos prescritos en su estatuto de contratación.

SEGUNDO: Que es interés del PROPONENTE apoyar la acción del Estado Colombiano y de La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés del PROPONENTE participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente documento unilateral anticorrupción, que se registrá por las siguientes cláusulas:

**CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS**

El PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de<br/><b>Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                       |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 37</b>                                                                                                                     |

**1.1.** El PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su Propuesta, con el proceso de selección antes citado, ni con la ejecución del Contrato que pueda celebrarse como resultado de su Propuesta,

**1.2.** El PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre;

**1.3.** El PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de: i) no ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago corrupto a los funcionarios de La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA ni a cualquier otro funcionario público que pueda influir en las condiciones de ejecución o de supervisión del contrato, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre las condiciones de ejecución o supervisión del contrato; y ii) no ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA durante el desarrollo del Contrato.

**1.4.** El PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección arriba identificado, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el Contrato que es materia del proceso de selección indicado en el considerando primero del presente acuerdo.

## CLÁUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El Proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en los pliegos de condiciones, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de 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 \_\_\_\_\_ (FECHA EN LETRAS Y NUMEROS) días del mes (MES) de dos mil XXXXXX (XXXXX).

Firma C.C.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 38</b>                                                                                                                |

**FORMATO No. 3A.**  
**CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 DE 2025**  
**MODELO INTEGRACIÓN CONSORCIO**

Nosotros: \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de Representante Legal de (nombre de la persona jurídica de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación Legal) y \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de Representante Legal de (nombre de la persona jurídica de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación Legal), hemos convenido celebrar el CONSORCIO \_\_\_\_, para participar en el LA CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 DE 2025, que tiene por objeto **XXXXXXXXXXXXX**, conforme las siguientes cláusulas:

Integrantes del Consorcio:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. o NIT: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. o NIT: \_\_\_\_\_

Aportes: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Duración: por el plazo del contrato, su liquidación y un (1) año más.

Compromisos: Al conformar el consorcio para participar en el Concurso de Méritos, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones que se originen del contrato suscrito con La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA
3. Responder en forma solidaria e ilimitada por todas las actuaciones, hechos y omisiones

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de<br/><b>Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                       |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 39</b>                                                                                                                     |

que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato.

4. No ceder su participación en el Consorcio a otro integrante del mismo.
5. No ceder su participación en el Consorcio a terceros sin la autorización previa de La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA.
6. No revocar el consorcio durante el tiempo de duración del contrato y un año más o hasta su liquidación.
7. En caso de ser adjudicatario, constituir un RUT unificado en nombre del Consorcio dentro de los tres (3) días siguientes a la Adjudicación del presente Concurso de méritos.
8. Manifestamos que el presente documento de conformación no contiene adiciones o modificaciones que varíen los términos y condiciones que en el mismo se expresan.
9. Manifestamos que ninguno de los integrantes del Consorcio se encuentra inhabilitado o incapacitados para la ejecución de contratos con entidades estatales.
10. Manifestamos que en el evento de que sobrevenga una causa que justifique la solicitud de cesión del contrato, tramitaremos ante La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA la autorización correspondiente.

Organización interna del Consorcio: Para la organización del Consorcio, hemos designado como representante a \_\_\_\_\_, quien tendrá las siguientes facultades:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Para constancia se firma el presente documento en \_\_\_\_\_, a los

(\_\_\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nombres y firmas: \_\_\_\_

NOTA: Los proponentes podrán adicionar el contenido de este anexo, siempre que el mismo contenga la información mínima exigida en él.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de Cundinamarca</div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                            |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 40</b>                                                                                                          |

### FORMATO No. 3B

## CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 DE 2025 MODELO INTEGRACIÓN UNIÓN TEMPORAL

Nosotros: \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de Representante Legal de (nombre de la persona jurídica de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación Legal) y \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de Representante Legal de (nombre de la persona jurídica de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación Legal), hemos convenido celebrar el siguiente acuerdo de UNIÓN TEMPORAL \_\_\_\_\_, para participar en la **XXXXXXXXXX**, conforme las siguientes cláusulas:

Integrantes de la Unión Temporal:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. o NIT: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. o NIT: \_\_\_\_\_

Participación: En relación con la PARTICIPACIÓN en la presentación de la Oferta y en la ejecución y cumplimiento del contrato, si esta Unión Temporal resulta asignataria del Proceso de Contratación, las partes concurremos con las siguientes actividades y porcentajes de participación:

| INTEGRANTE | DESCRIPCION DETALLADA LAS ACTIVIDADES A EJECUTAR (*) | % DE PARTICIPACIÓN EN LA UT |
|------------|------------------------------------------------------|-----------------------------|
|            |                                                      |                             |
|            |                                                      |                             |
|            |                                                      |                             |

(\*) Discriminar actividades por ejecutar tanto en la presentación de la oferta como en la ejecución del contrato, para cada uno de los integrantes de la unión Temporal

Duración: Por el plazo del contrato, su liquidación y un (1) año más.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 41</b>                                                                                                                |

Compromisos: Al conformar la unión temporal para participar en el concurso de méritos, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones que se originen del contrato suscrito con La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA.
3. Responder ante las sanciones por incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal.
4. No ceder su participación en la Unión Temporal a otro integrante de la misma.
5. No ceder su participación en la Unión Temporal a terceros sin la autorización previa de La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA.
6. No revocar la Unión Temporal durante el tiempo de duración del contrato y un año más o hasta la liquidación del contrato.
7. En caso de ser adjudicatario, constituir un RUT unificado en nombre de la Unión Temporal dentro de los tres (3) días siguientes a la Adjudicación del presente concurso de méritos.
8. Manifestamos que el presente documento de conformación no contiene adiciones o modificaciones que varíen los términos y condiciones que en el mismo se expresan.
9. Manifestamos que ninguno de los integrantes de la Unión Temporal se encuentra inhabilitado o incapacitados para la ejecución de contratos con entidades estatales.
10. Manifestamos que en el evento de que sobrevenga una causa que justifique la solicitud de cesión del contrato, tramitaremos ante La ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA la autoridad correspondiente.

Organización interna de la Unión Temporal: Para la organización de la Unión Temporal hemos designado como Representante Legal a, quien tendrá las siguientes facultades:

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

[www.hmfa-tocaima.gov.co](http://www.hmfa-tocaima.gov.co) - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de Cundinamarca</div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                            |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 42</b>                                                                                                          |

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Para constancia se firma el presente documento en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombres y firmas:

\_\_\_\_\_

NOTA: Los proponentes podrán adicionar el contenido de este anexo, siempre que el mismo contenga la información mínima exigida en él.

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de<br/><b>Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                       |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 43</b>                                                                                                                     |

**CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008 DE 2025  
DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES LEGALES**

Ciudad y fecha

Señores

**ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA**

*Ciudad*

**ASUNTO: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008-2025.**

Respetado Doctor:

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de Convocatoria Pública No. 008-2025, cuyo objeto es la **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, manifiesto (mos) bajo la gravedad de juramento que ni yo, ni la sociedad que represento, tenemos, ni hemos tenido participación, vinculación o relaciones jurídicas ni comerciales, con empresas captadora ilegales de dinero, con actividades relacionadas con el narcotráfico, guerrilla y paramilitarismo, ni con cualquier otro tipo de actividad ilícita.

Atentamente,

Razón Social \_\_\_\_\_

Nit \_\_\_\_\_

Régimen tributario al cual pertenece \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

C.C. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

FIRMA y SELLO (\*)

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                           |                                                         |                          |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br><i>Empresa Social del Estado</i> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                          |  <b>Gobernación de Cundinamarca</b> |
|                                                                                                                                                           | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                          |                                                                                                                        |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                  | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA: 01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 44</b>                                                                                                      |

**FORMATO No. 5**  
**EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE HABILITANTE**

| <b>NOMBRE DEL PROPONENTE:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA GENERAL</b>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| No                            | Contratista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Porcentaje de Participación | Entidad contratante o Propietaria | No. de Consecutivo en el RUP | Contrato ejecutado a la terminación | Valor del Contrato ejecutado a la terminación (SMMLV) | Fecha de Iniciación mm/aaaa | Fecha de Terminación mm/aaaa |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| <b>EXPERIENCIA ESPECIFICA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| No                            | Contratista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Porcentaje de Participación | Entidad contratante o Propietaria | No. de Consecutivo en el RUP | Contrato ejecutado a la terminación | Valor del Contrato ejecutado a la terminación (SMMLV) | Fecha de Iniciación mm/aaaa | Fecha de Terminación mm/aaaa |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| <b>Notas:</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| 1.                            | El contenido del presente diligenciado formato no podrá ser modificado o alterado y deberá ser en su totalidad                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| 2.                            | Deberá relacionar máximo los proyectos exigidos, en el evento de que se relacione un número mayor de proyectos a los exigidos en el presente pliego de condiciones se deberá indicar claramente cuáles son los que se deben tener en cuenta para efectos de evaluación, de no hacerlo explícitamente la entidad realizará el respectivo requerimiento |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |
| 3.                            | Registre el objeto de la experiencia específica del proponente, tal como aparece en el respectivo soporte. No relacione experiencia ni actividades que no estén debidamente soportadas                                                                                                                                                                |                             |                                   |                              |                                     |                                                       |                             |                              |

*FIRMA DEL PROPONENTE*

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



**REGION DE SALUD  
SULOCCIDENTE**

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 45</b>                                                                                                                |

**FORMATO No. 6.**  
**PROPUESTA ECONÓMICA**

Ciudad y fecha

Señores  
ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA  
Ciudad

**ASUNTO: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008-2025.**

| NOMBRE EQUIPAMIENTO MOBILIARIO                    | DEL Y/O | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CANT      | VR UNITARIO CON IVA | VR TOTAL CON IVA |
|---------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|------------------|
| <b>BÁSCULA DIGITAL TIPO ADULTO - GRADO MÉDICO</b> |         | <b>BASCULA DIGITAL ADULTO GRADO MEDICO</b> Balanza de plataforma digital reforzada, capacidad: 500 lb / 220 kg, resolución: 0.2 lb / 0.1 kg, pantalla, alimentación: 2 baterías de litio, funciones: interruptor lb / kg / st, apagado automático.                                                                                                                                                                                                | <b>12</b> |                     |                  |
| <b>TENSIÓMETRO ADULTO</b>                         |         | <b>TENSIÓMETRO ADULTO.</b> tensiómetro aneroide, manómetro de alta precisión, resistencia a golpes, rango de indicación de presión 0 ~ 300 mmhg, exactitud certificada a $\pm 3$ mmhg, brazalete universal libre de látex                                                                                                                                                                                                                         | <b>12</b> |                     |                  |
| <b>FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS</b>             |         | <b>FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS.</b> Fonendoscopio (estetoscopio) de dos servicios. modelo duplex tamaño adulto, diafragma en aluminio, juego de olivas blandas, longitud mínima 65 cm, anillo de protección contra el frío                                                                                                                                                                                                                     | <b>12</b> |                     |                  |
| <b>EQUIPO DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS PORTÁTIL</b> |         | <b>EQUIPO DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS PORTÁTIL.</b> kit de órganos y sentidos, Espéculo auricular múltiple o desechable, un otoscopio iluminación fibra óptica luz blanca led, oftalmoscopio iluminación directa con luz led, rueda de ajuste de dioptrías, carcasa de protección contra el polvo, interruptor de encendido / apagado, con dioptrías 0, $\pm 1$ , $\pm 2$ , $\pm 3$ , $\pm 4$ , $\pm 6$ , $\pm 8$ , $\pm 10$ , $\pm 15$ , $\pm 20$ | <b>12</b> |                     |                  |
| <b>PULSIOXÍMETRO</b>                              |         | <b>PULSIOXÍMETRO.</b> Oxímetro adulto, tipo pinza, pantalla led de alta resolución, apagado automático - peso aprox de 54g incluyendo baterías                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>12</b> |                     |                  |
| <b>TERMÓMETRO INFRARROJO (PISTOLA)</b>            |         | <b>TERMÓMETRO.</b> Temperatura 16° c a 38° c $\pm 5^\circ$ c, resolución 0,2° c, almacenaje mínimo de 22 lecturas, apagado automático, fuente de alimentación: baterías alcalinas                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>12</b> |                     |                  |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



**REGIÓN DE SALUD  
SUROCCIDENTE**

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div>Gobernación de<br/><b>Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                       |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 46</b>                                                                                                                     |

| NOMBRE EQUIPAMIENTO MOBILIARIO | DEL Y/O | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE                                                                                                                                                                                                                                        | CANT                  | VR UNITARIO CON IVA | VR TOTAL CON IVA |
|--------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|
| CINTA MÉTRICA                  |         | <b>CINTA MÉTRICA.</b> Cinta métrica extraíble sin escalas, alcance de medición: 15 - 205 cm, división: 1mm, diámetro: 70 mm altura: 22 mm, peso: aprox. 55 g                                                                                                                                 | 12                    |                     |                  |
| TALLÍMETRO                     |         | <b>TALLÍMETRO.</b> Material flexible, inextensible e impermeable, Rango de medición de altura: hasta mínimo 150 cm, escala: 1 mm, ancho de la cinta de 0.5 o 0.7 cm, liviano para su traslado con un peso aproximado 2 kg $\pm$ 0,5 kg, base de apoyo amplia                                 | 12                    |                     |                  |
| INFANTOMETRO                   |         | <b>INFANTOMETRO.</b> Con dos topes plegables: uno en el extremo y un tope deslizante en el cual genera la medida, rango de medida: mínimo de 0 - 100 cm, división de escala:1mm, liviano para su traslado con un peso aproximado 800g $\pm$ 100 g, material en aluminio o en polímero de abs | 12                    |                     |                  |
|                                |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>TOTAL OFERTADO</b> |                     | <b>\$ -</b>      |

#### DATOS DEL PROPONENTE

Dirección: Teléfono(s): Fax: E-mail:

Atentamente,

Nombre o razón social: Nit: Nombre del representante legal: Documento de identificación:

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUEROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                         |                              |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                            |                              |                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                       | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 47</b>                                                                                                                |

**ANEXO No. 1**  
**ALCANCE Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

Ciudad y fecha

Señores  
ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANDOR DE TOCAIMA  
Ciudad

**ASUNTO: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 008-2025.**

| NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO            | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CANT | VR UNITARIO CON IVA | VR TOTAL CON IVA |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|------------------|
| <b>Báscula digital tipo adulto - grado médico</b> | <b>BASCULA DIGITAL ADULTO GRADO MEDICO</b> Balanza de plataforma digital reforzada, capacidad: 500 lb / 220 kg, resolución: 0.2 lb / 0.1 kg, pantalla, alimentación: 2 baterías de litio, funciones: interruptor lb / kg / st, apagado automático.                                                                                                                                                                                                | 12   | \$ 568.385          | \$ 7.957.390     |
| <b>Tensiómetro adulto</b>                         | <b>TENSIÓMETRO ADULTO.</b> tensiómetro aneroide, manómetro de alta precisión, resistencia a golpes, rango de indicación de presión 0 ~ 300 mmhg, exactitud certificada a $\pm 3$ mmhg, brazalete universal libre de látex                                                                                                                                                                                                                         | 12   | \$ 384.448          | \$ 5.382.272     |
| <b>Fonendoscopio de dos servicios</b>             | <b>FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS.</b> Fonendoscopio (estetoscopio) de dos servicios. modelo duplex tamaño adulto, diafragma en aluminio, juego de olivas blandas, longitud mínima 65 cm, anillo de protección contra el frío                                                                                                                                                                                                                     | 12   | \$ 411.986          | \$ 5.767.804     |
| <b>Equipo de órganos de los sentidos portátil</b> | <b>EQUIPO DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS PORTÁTIL.</b> kit de órganos y sentidos, Espéculo auricular múltiple o desechable, un otoscopio iluminación fibra óptica luz blanca led, oftalmoscopio iluminación directa con luz led, rueda de ajuste de dioptrías, carcasa de protección contra el polvo, interruptor de encendido / apagado, con dioptrías 0, $\pm 1$ , $\pm 2$ , $\pm 3$ , $\pm 4$ , $\pm 6$ , $\pm 8$ , $\pm 10$ , $\pm 15$ , $\pm 20$ | 12   | \$ 1.479.892        | \$ 20.718.488    |
| <b>Pulsioxímetro</b>                              | <b>PULSIOXÍMETRO.</b> Oxímetro adulto, tipo pinza, pantalla led de alta resolución, apagado automático - peso aprox de 54g incluyendo baterías                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 12   | \$ 252.759          | \$ 3.538.626     |
| <b>Termómetro infrarrojo (pistola)</b>            | <b>TERMÓMETRO.</b> Temperatura 16° c a 38° c $\pm 5^\circ$ c, resolución 0,2° c, almacenaje mínimo de 22 lecturas, apagado automático, fuente de alimentación: baterías alcalinas                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12   | \$ 147.279          | \$ 2.061.906     |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGION DE SALUD  
SUROCCIDENTE

|                                                                                                                                                                       |                                                                  |                              |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR</b><br/><i>Empresa Social del Estado</i></div> | <b>E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR AFANADOR DE TOCAIMA</b> |                              |  <div><b>Gobernación de Cundinamarca</b></div> |
|                                                                                                                                                                       | <b>PLIEGO DE CONDICIONES</b>                                     |                              |                                                                                                                                   |
| <b>CÓDIGO: DEPE-F-06</b>                                                                                                                                              | <b>VERSIÓN:03</b>                                                | <b>FECHA:<br/>01/02/2024</b> | <b>PAGINA: 48</b>                                                                                                                 |

| NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE                                                                                                                                                                                                                                        | CANT         | VR UNITARIO CON IVA | VR TOTAL CON IVA        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|-------------------------|
| <b>Cinta métrica</b>                   | <b>CINTA MÉTRICA.</b> Cinta métrica extraíble sin escalas, alcance de medición: 15 - 205 cm, división: 1mm, diámetro: 70 mm altura: 22 mm, peso: aprox. 55 g                                                                                                                                 | 12           | \$ 43.990           | \$ 615.860              |
| <b>Tallímetro</b>                      | <b>TALLÍMETRO.</b> Material flexible, inextensible e impermeable, Rango de medición de altura: hasta mínimo 150 cm, escala: 1 mm, ancho de la cinta de 0.5 o 0.7 cm, liviano para su traslado con un peso aproximado 2 kg $\pm$ 0,5 kg, base de apoyo amplia                                 | 12           | \$ 115.837          | \$ 1.621.718            |
| <b>Infantometro</b>                    | <b>INFANTOMETRO.</b> Con dos topes plegables: uno en el extremo y un tope deslizante en el cual genera la medida, rango de medida: mínimo de 0 - 100 cm, división de escala:1mm, liviano para su traslado con un peso aproximado 800g $\pm$ 100 g, material en aluminio o en polímero de abs | 12           | \$ 179.900          | \$ 2.518.600            |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>TOTAL</b> |                     | <b>\$ 43.014.700,00</b> |

**"Trabajamos por una salud más humana, cálida y oportuna"**

www.hmfa-tocaima.gov.co - -

[htocaima@cundinamarca.gov.co](mailto:htocaima@cundinamarca.gov.co)

[correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co](mailto:correspondencia@hmfa-tocaima-cundinamarca.gov.co)

Carrera 10 No. 5-64 Barrio La pola Tocaima

320 3334144 - 3203334146



REGIÓN DE SALUD  
SUEROCCIDENTE