ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

## ANEXO No. 1: MODELO CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha:

Señores
**E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL**
MUNICIPIO DE SAN ANGEL
Magdalena

Referencia: **HSS-CVP-004-2025**

El *(los)* suscrito*(s) (Indicar el nombre de la persona natural que actué en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, representante(s) legal(es) de *(señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* con *(C.C. o NIT., según corresponda) (Señalar el número de identificación tributaria)* de acuerdo con la *(Señalar la modalidad de selección)* No. *(Indicar el número y el año del proceso)* que tiene por objeto *"(Indicar el objeto del proceso)"*, presento/amos la siguiente oferta contenida en mi *(nuestra)* propuesta. En caso de ser aceptada me *(nos)* comprometo *(emos)* a su fiel cumplimiento.

**Declaro *(amos)* así mismo que:**

Estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta en nombre del Proponente y para suscribir el Contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.

En caso de que la Oferta le sea adjudicada al Proponente suscribiré el contrato objeto del Proceso de Contratación en la fecha prevista para el efecto en el cronograma contenido en los Documentos del Proceso.

El Proponente conoce los Documentos del Proceso, incluyendo adendas, y acepta los requisitos en ellos contenidos. Dentro de los documentos presentados a la Entidad no altera los ítems, la descripción, las unidades o cantidades establecidas en el Anexo técnico.

El Proponente conoce las leyes de la República de Colombia que rigen el Proceso de Contratación.

El Proponente conoce y asume los riesgos previsibles asignados en el pliego de condiciones.

La información contenida en todos los documentos de la oferta es veraz y el Proponente asume total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.

Ni el Proponente, ni yo nos hallamos incursos en causal alguna de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley.

Ni el Proponente ni yo nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar, ni nos encontramos incursos en ninguno de los conflictos de intereses para participar establecidos en el presente pliego de condiciones.

En caso de llegar a conocer que el Proponente, yo o integrantes del Proponente nos encontramos incursos en alguna inhabilidad o conflicto de interés sobreviniente, contemplados en la normativa vigente, nos comprometemos a informar de manera inmediata tal circunstancia a la Entidad, para que tome las medidas legales pertinentes.

Este compromiso lo adquirimos en total independencia de la etapa procesal que se encuentre el Proceso de Contratación (precontractual, contractual y/o post contractual)

Ni a mí, ni a los integrantes del Proponente Plural, ni los socios de la persona jurídica que represento (se exceptúa las sociedades anónimas abiertas), se nos ha declarado responsables judicialmente por actos de corrupción, la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades, y soborno trasnacional, lavado de activos, enriquecimiento ilícito, entre otros, de conformidad con la ley penal colombiana y los tratados internacionales sobre la materia, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones.

Ni yo, ni los integrantes de quien represento estamos incursos en la situación descrita del artículo 38 de la ley 1116 de 2006.

El Proponente conoce el Anexo denominado “compromiso de transparencia” relacionado en el pliego de condiciones y nos comprometemos a darle estricto cumplimiento.

Los recursos destinados al proyecto son de origen licito y que no hemos participado en actividades delictivas, así como no hemos recibido recursos o facilitado actividades contrarias a la ley.

Al momento de la presentación de la oferta, ni mis representados ni yo nos encontramos incursos en alguna de las causales de rechazo señaladas en el Pliego de condiciones.

Si se le adjudica el Contrato al Proponente se compromete a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

La oferta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la oferta y suscripción del contrato y que en consecuencia no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.

El Proponente autoriza la notificación electrónica para todas las actuaciones surgidas con ocasión del Proceso de Contratación al correo electrónico que se encuentre registrado en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio correspondiente.

Declaro que: Marque con una X la característica que aplica al proponente

| | |
|---|---|
| **El Proponente es:** | Persona Natural__<br>Persona Jurídica Nacional ___<br>Persona Jurídica Extranjera sin sucursal en Colombia___<br>Sucursal de Sociedad Extranjera ___<br>Unión Temporal ___<br>Consorcio ___<br>Otro__ |

Autorizo que la Entidad consulte la información comercial o financiera pertinente para el Proceso de Contratación, bajo el entendido que la Entidad debe guardar confidencialidad sobre la información sujeta a reserva.

Recibiré notificaciones del proceso y del contrato si se llegare a suscribir en:

_____

**Representante legal o apoderado**
**Nombre (s) en letra imprenta:** .....
**C.C. N°** .....

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

## ANEXO No. 2: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El *(los)* suscrito*(s) (Indicar el nombre de la persona natural que actué en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, representante(s) legal(es) de *(señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* de acuerdo con la *(Señalar la modalidad de selección)* No. *(Indicar el número y el año del proceso)* que tiene por objeto "*(Indicar el objeto del proceso)*", manifiesta *(n)* su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente Compromiso Anticorrupción, apoyando la acción del Estado Colombiano y particularmente a la E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL para fortalecer la transparencia y la responsabilidad de rendir cuentas, y en este contexto asumiendo explícitamente los siguientes compromisos, sin perjuicio de mi obligación de respetar y cumplir la Constitución Política Colombiana y la Ley colombiana:

Cumplir estrictamente la Ley Aplicable.
Interpretar de buena fe las normas aplicables a los Procesos de Contratación de manera que siempre produzcan los efectos buscados por las mismas.
No incurrir en faltas a la verdad o adulteración en los documentos o requisitos exigidos en el Proceso de Contratación.
Igualmente se acepta que, durante la evaluación de las propuestas del Proceso de Contratación, primen los aspectos de fondo por encima de la forma, buscando siempre favorecer la libre competencia.
Hacer un estudio completo del proyecto y de los documentos del Proceso de Contratación, así como realizar estudios y análisis propios, bajo mi responsabilidad y con la debida diligencia, a fin de contar con los elementos de juicio e información económica, comercial, jurídica y técnica relevante y necesaria para tomar una decisión sustentada para presentar la propuesta. Lo anterior, con el propósito de que la misma sea seria y honesta, de tal manera que me permita participar en el Proceso de Contratación y en caso de resultar adjudicatario me permita ejecutar todas las obligaciones contenidas en el Contrato, así como asumir los riesgos a mi cargo asociados a la ejecución de este.
No hacer arreglos previos, concomitantes o posteriores al Proceso de Contratación, con los encargados de planear el proceso para tratar de conocer, influenciar o manipular la información del proyecto y presentar la respectiva propuesta.
No hacer arreglos previos, concomitantes o posteriores al Proceso de Contratación, con otros Proponentes para tratar de influenciar o manipular los resultados de la adjudicación.
Enviar por escrito a la Entidad todas las preguntas o inquietudes que surjan durante el Proceso de Contratación y no hacerlo de manera oral por ningún medio, salvo que se realicen dentro de las audiencias públicas.
Actuar con lealtad hacia los demás Proponentes, así como frente a la Entidad y abstenernos de utilizar herramientas para dilatar o sabotear el Proceso de Contratación. Igualmente, las observaciones al Proceso de Contratación o a las propuestas de los otros interesados, serán presentadas oportunamente, en los plazos y términos fijados estrictamente en las reglas de la selección.
Abstenernos de hacer manifestaciones orales o escritas en contra de los demás Proponentes y sus propuestas sin contar con evidencia, material probatorio o indicios sólidos, que razonablemente permitan considerar que existe un acto irregular, de competencia desleal o de corrupción por parte de ellos. En caso de tener las pruebas, material probatorio o indicios, estos se dejarán a inmediata disposición de la Entidad para corroborar tales afirmaciones.
No utilizar en la etapa de verificación y evaluación de las Propuestas, argumentos carentes de sustento probatorio para efectos de buscar la descalificación de competidores o la dilación del proceso de selección.
En las audiencias guardar compostura, no levantar la voz y hacer uso de la palabra únicamente cuando sea concedida y por el tiempo que sea concedida; y acatar las decisiones de la Entidad. En caso de desacuerdo interponer los recursos o acciones que se consideren pertinentes en los términos de la Ley Aplicable.

En las audiencias, abstenernos de proferir juicios de valor contra personas naturales o jurídicas, ni referirnos a asuntos personales de otros Proponentes. Por lo tanto, en las audiencias solamente debatiremos asuntos relacionados con el Proceso de Contratación
Solicitar o remitir a la Entidad, o a sus funcionarios y contratistas, cualquier información utilizando solamente los procedimientos y canales previstos en el Proceso de Contratación.
No ofrecer trabajo, contratos o algún tipo de beneficio económico o de cualquier otra naturaleza a ningún funcionario público, contratista o estructurador, vinculado a la Entidad ni a sus familiares en primer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, a partir de la adjudicación o con ocasión de la misma, y hasta dos (2) años siguientes a la suscripción del Contrato, sin perjuicio del régimen de conflictos de intereses y de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la Constitución y en la Ley.
Exigir a nuestros empleados, proveedores y subcontratistas relacionados con el proyecto, suscribir un pacto ético de conducta que garantice la probidad y transparencia de las actuaciones de todos los involucrados en la preparación de la propuesta y en la ejecución del contrato.
No ofrecer gratificaciones o atenciones en dinero o en especie, ni financiar, patrocinar, auspiciar o promover directa o indirectamente fiestas, recepciones, homenajes o cualquier tipo de atenciones sociales a funcionarios públicos o contratistas del Estado, durante el Proceso de Contratación ni durante la ejecución o liquidación del contrato.
No contratar, ni ofrecer dadivas o gratificaciones a personas con alta capacidad de influencia política o mediática, con el objeto de obtener citas o influir o presionar las decisiones que la Entidad tome respecto de procesos de contratación estatal, bien sea en su adjudicación, supervisión o terminación.
La Entidad siempre se manifestará sobre las inquietudes relacionadas con el proceso de selección por los canales definidos en los documentos del proceso.
No contratar ni ofrecer dadivas, gratificaciones, contratos o cualquier tipo de beneficio económico o de cualquier naturaleza, a servidores de la Entidad o sus asesores, o del equipo estructurador, con el fin de tener asesoramiento o acceso a información privilegiada, relacionada con el proceso de selección.
Dar conocimiento a la Entidad, a la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y a las autoridades competentes en caso de presentarse alguna queja o denuncia sobre la ocurrencia de un acto de corrupción durante el Proceso de Contratación o con cargo al Contrato, y del conocimiento que tenga sobre posibles pagos o beneficios ofrecidos u otorgados.
Denunciar de manera inmediata ante las autoridades competentes, con copia a la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, cualquier solicitud, ofrecimiento, favor, dádiva, prerrogativa, recompensa, gratificación o atención social, efectuada por Proponentes o cualquiera de sus empleados, administradores, consultores o contratistas, a funcionarios públicos o a sus asesores que estén directa o indirectamente involucrados en la estructuración, manejo y decisiones del proceso de selección, de manera previa, concomitante o posterior al mismo, que tengan la intención de inducir o direccionar alguna decisión relacionada con la adjudicación.

Si la E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL comprueba el incumplimiento del oferente o de sus representantes o empleados, durante el proceso de selección, se rechazará su propuesta. Si esta comprobación se da con posterioridad a la adjudicación, la Entidad podrá dar por terminado de manera anticipada el contrato por causa imputable al contratista, haciendo aplicables todas las consecuencias previstas para esta situación Lo anterior sin perjuicio de las acciones penales a que haya lugar, para el efecto la entidad denunciaría los hechos ante las autoridades competentes.

_____

Representante legal o apoderado
Nombre (s) en letra imprenta: .....
C.C. N° .....

Nota: en el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

## ANEXO No. 3: FICHA TÉCNICA DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Para el cumplimiento del objeto contractual el contratista deberá cumplir con las especificaciones dadas a continuación

| NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE | CANT |
|---|---|---|
| CENTRIFUGA PARA SEPARACION DE MUESTRAS | 1. Centrifuga con capacidad para 24 tubos o superior | 1 |
| | 2. Control de velocidad de rotación mínimo de 3200 RPM. | |
| | 3. Con memoria programable. | |
| | 4. Tamaño tubo mínimo de 15ml. | |
| | 5. Tapa con cierre de seguridad. | |
| | 6. Requerimiento eléctrico 110V (+/-10%)/ 60 Hz. | |
| | 7. Con Pantalla digital. | |
| | 8. Programa de tiempo y RPM. | |
| | 9. Control de velocidad programable. | |
| HORNO DE SECADO | 1. Interconstruido en acero inoxidable. | 1 |
| | 2. Con capacidad Mínimo de 18L. | |
| | 3. Control digital de la temperatura. | |
| | 4. Rango de temperatura de 5°C a 100°C o superior. | |
| | 5. Requerimientos eléctricos Ac 110-120V/ 60Hz. | |
| | 6. Con temporizador digital. | |
| CAMILLA GINECOLOGICA | 1. Operación mecánica. | 1 |
| | 2. Estructura metálica de tubo redondo o rectangular con gavetas. | |
| | 3. Colchoneta Tapizado en material impermeable y lavable | |
| | 4. Mínimo dos secciones. | |
| | 5. Juego de estribos. | |
| | 6. Patas con Nivelador | |

| | | |
|---|---|---|
| EQUIPO DE ORGANO DE LOS SENTIDOS DE PARED | 1.Transformador de pared de 3.5V con dos cables en espiral extensibles y dos mangos, tanto para el oftalmoscopio como para el otoscopio | 5 |
| | 2. Encendido automático al retirar el mango de su base y apagado automático al colocarlo nuevamente en la base. | |
| | **3. Cabeza de Oftalmoscopio** | |
| | 3,1 Luz halógena, de xenón o LED | |
| | 3.2 Mínimo 5 aperturas y 2 filtros | |
| | **4. Cabeza de Otoscopio** | |
| | 4.1 Luz halógena, de xenón o LED | |
| | 4.2 Lente con 2.5 aumentos como mínimo | |
| | 5. Requerimientos eléctricos Ac 110-120V/ 60Hz. | |
| TENSIOMETRO DE PARED | 1. Con un Rango de medición de 0 a 300 mmHg. | 5 |
| | 2. Precisión de +/-3mmHg o inferior. | |
| | 3. División de escala de 2 mmHg | |
| | 4. Pantalla con diámetro mínimo de 140 mm. | |
| | 5. ConPerilla de insuflación. | |
| | 6. Con Brazalete para adulto. | |
| | 7. Libre de látex. | |
| BASCULA DIGITAL PESA BEBÉS GRADO MEDICO | 1. Bascula Pesa Bebé Digital | 5 |
| | 2. Capacidad: mínima 20Kg | |
| | 3. Resolución División: 10 g < 10 kg > 20 g | |
| | 4. Pantalla Digital | |
| | 5.Funciones: conversión de lb/kg, bloqueo de lb/kg, puesta a cero, tara, hold . | |
| | **6. Infantometro** | |
| | 6.1 Alcance de medicion 20-80cm o superior | |
| BASCULA DIGITAL ADULTO GRADO MEDICO | 1. Bascula Adulto Digital Grado Médico | 5 |
| | 2. Capacidad: mínima 220 Kg / 550 libras | |
| | 3. Resolución: mínima de 0,1 kg / 0,2 libras | |
| | 4. Pantalla Digital | |
| | 5. Fuente de alimentación: batería(s) y/o electricidad | |
| | 6. Con tallimetro integrado en la bascula | |
| | 7. Rango de medicion de talla minimo 200cm | |
| | 8. Funciones: conversión de lb/kg, bloqueo de lb/kg, puesta a cero, tara, hold IMC | |
| | 9. Accesorios: adaptador corriente, baterías | |

| | | |
|---|---|---|
| LAMPARA PIELITICA | 1. Cabezal con un díametro (mm) mínimo de 640 | 1 |
| | 2. Con intensidad Máxima de 160.000 lúmenes | |
| | 3. Diámetro del campo mínimo de 160 mm | |
| | 4. Consumo de energía máximo de 100W | |
| | 5. Vida útil de la bombilla o LED Hrs mínimo 50.000 | |
| | 6. Que sea de Luz fría ( LED) | |
| | 7. Tiempo de Duración con la Batería de 4 a 12 Hrs | |
| CAMILLA GINECOLOGICA ELÉCTRICA | 1. Fabricada en acero cold rolled calibre C.18. | 1 |
| | 2. Con colchoneta en espuma de alta densidad, lavable de fácil limpieza. | |
| | 3. Con Posiciones: Horizontal, semi fowler, fowler, sentado, pies, cambio de altura, trendelemburg y trendelemburg inverso | |
| | 4.Con movimientos accionados por medio de control de mando eléctrico. | |
| | 5. Sistema eléctrico de motores libre de mantenimiento. | |
| | 6. Con baterías o UPS, en caso de falla eléctrica | |
| | 7. Con barandas laterales con ABS abatibles con descenso neumático. | |
| | 8. Ruedas de mínimo 5" | |
| | 9. Sistema de bloqueo central | |
| BOMBA DE INFUSIÓN | 1. Equipo que maneje las variables de infusión: modo tiempo, modo tasa, modo peso corporal, Modo volumen y flujo. | 1 |
| | 2.Alarmas mínimas: oclusión, infusión finalizada, batería baja, aire en la línea. | |
| | 3. Con KVO. De 0,1 a 5ml/horas | |
| | 4. Rango de volumen a infundir: de 1 hasta 9.999 ml o superior. | |
| | 5. Batería con autonomía mínimo de 2 horas | |
| | 6. Ajuste de flujo que cubra un rango de 1ml/h a 1200 ml/h o superior. | |
| | 7. Requerimiento eléctrico 110V(+/-10%)/60 Hz. | |
| | 8. Modo volumen y flujo. | |
| | 9. Resolución mínima de 0.1 ml/h. | |
| | 10. Con Función de purga. | |
| | 11. Con Sistema de seguridad de aire en la línea. | |
| | 12. Bloqueo del teclado o pantalla. | |
| | 13. Bomba de 1 canal | |

| | | |
|---|---|---|
| | 14.Compatible con múltiples set de infusión | |
| | 15. Con Pantalla LCD o TFT. | |
| LAMPARA DE CALOR RADIANTE | 1. Funciones de operación: Modo Manual, precalentamiento y modo bebe | 1 |
| | **2. Módulo de temperatura** | |
| | 2.1. Ajuste de temperatura del sensor o del modo bebe: ≤ 35° C hasta 37° C o mayor | |
| | **3. Alarmas audibles o visibles** | |
| | 3.1. Alarma de temperatura, alarma de sensor o de la sonda, alarma de fallo de energía, alarma de circulación de aire | |
| | **4. Unidad compuesta por :** | |
| | 4.1. Unidad de fototerapia tipo LED | |
| | 4.2. Bandeja auxiliar para ubicación de objetos o equipos | |
| | 4.3. Módulo de calefacción con ángulo de inclinación hasta 45° | |
| | 4.4.Con Temporizador | |
| | 4.5. Cuna debe contar con movimiento de inclinación, con barandillas, porta chasis o bandeja de Rx | |
| | 4.6. Base con sistema de ruedas y freno | |
| | 4.7. Atril o gancho porta suero | |
| | 5. Requerimiento eléctrico 110/120 VAC 50-60Hz. | |
| DESFIBRILADOR | 1. Con pantalla de visualización digital LCD o TFT tamaño mínimo 6 pulgadas. | 1 |
| | 2. Forma de onda bifásica. | |
| | 3. Rango de descarga de energía de 1 a 200 Joules Mínimos. | |
| | 4. Desfibrilación Cardioversión sincronizada. y .Desfibrilación manual | |
| | 5.Desfibrilación manual, DEA, marcapasos y monitorización. | |
| | 6. Tiempo de carga máximo 5 seg para 200Joules | |
| | 7. Batería recargable con autonomía mínima de 2 horas, o superior en monitoreo. | |
| | 8.Visualización de valor frecuencia cardiaca. | |
| | 9.Con visualización saturación de oxígeno. | |

| | | |
|---|---|---|
| | 10. Alarma para arritmias. | |
| | 11. Requerimientos eléctricos 110(+/-10%)V/60 Hz. | |
| | 12: Accesorios: Paletas adultos, pediátrico, Electrodo ECG y Cable de poder | |
| | 13. Impresora térmica integrada | |
| ASPIRADOR DE SECRECIONES | 1. Aspirador de Secreciones portátil libre de aceite | 1 |
| | 2. Tensión 110 - 120 V AC 60 Hz | |
| | 3. Control regulable de aspiración. | |
| | 4. Flujo de Succión hasta 20 LPM | |
| | 5. Envase o Botella de 800 a 1000cc con filtro de protección de desbordamiento | |
| | 6. Envase o Botella Reusable | |
| LARINGOSCOPIO | 1. Fabricado en acero inoxidable y con acabado rugoso para mejor sujeción | 1 |
| | 2. Compatibles con todos los modelos de hojas | |
| | 3. Iluminación mediante fibra óptica | |
| | 4. Luz blanca de 2.5 Volts. como mínimo | |
| | 5. Hojas inoxidables y autoclavables | |
| | 6. Hojas para paciente adulto, pediátrico y neonato, como se describen a continuación : Neonatal. 00, 0 (recta). Pediátrico. 1, 2 (Curva y Recta) Adultos. 3,4 (Curva y Recta). | |
| | 7. Estuche | |
| DOPPLER FETAL | 1. Pantalla LCD o TFT minimo de 3.5 cm | 1 |
| | 2. Rango de latidos cardíacos fetales de 50 a 210 lpm | |
| | 3. Potencia de salida de audio mínimo de 0.5 W | |
| | 4. Con Transductor de ultrasonio mínimo de 2 Mhz | |
| | 5. Apagado automático. | |
| | 6. Operación con batería recargable. | |
| | 7.Tiempo de autonomía de la batería: Mímino de 90 minutos | |
| | 8. Con Adaptador de Carga a 110 /220 VAC 50/60Hz | |
| ASPIRADOR DE SECRECIONES | 1, Aspirador de Secreciones portátil libre de aceite | 1 |
| | 2, Tensión 110 - 120 V AC 60 Hz | |

| | | |
|---|---|---|
| | 3, Presión Negativa 0 - 630 mmHg | |
| | 4, Flujo de Aire hasta 18 LPM | |
| | 5, Envase o Botella de 800 a 1000cc con filtro de protección de desbordamiento | |
| | 6. Envase o Botella Reusable | |
| ELECTROCARDIOGRAFO | 1. Equipo para Toma de Electrocardiografía de 3 a 12 canales | 1 |
| | 2. Alimentación con batería interna recargable y fuente de 120VAC 50/60 Hz | |
| | 3. Modo de registro: Sistema de impresión térmica | |
| | 4. Pantalla Mínimo de 5" LCD o TFT | |
| | 5. formato de impresión múltiple, incluyendo automático | |
| | 6. Registro mínimo ondas, derivaciones. | |
| | 7. Rango de Frecuencia: de 0 a 300Hz | |
| | 8. Al menos tres velocidades de impresión, de 5, 25 y 50 mm/seg. | |
| | 9. Sensibilidad de mínimo: 5, 10 y 20 mm /mV. | |
| CAMILLA DE TRANSPORTE | 1. Camilla neumática/ hidraulica de transporte de pecientes | 3 |
| | 2. Barandas laterales de seguridad abatibles | |
| | 3. superficie de dos (2) planos | |
| | **4. Que permita las siguientes posiciones** | |
| | 4.1 Sección de Espalda (tronco) que cubra el rango de 0 a 75° mínimo | |
| | 4.2 Moviemiento de Trendelemburg y trendelembur inverso | |
| | 5. Sistema de Elevación para bajar y subir | |
| | **6.Ruedas** | |
| | 6.1 Con sistema de Centralizado con freno para las Cuatro (4) llantas | |
| | 6.2 con diámetro mínimo de 5" | |
| | 7. Soporte de peso mínimo de 220Kg | |
| | **8. Estructura de la Camilla** | |
| | 8.1 Acabado general resistente a corrosión | |
| | 8.2 Superfiecie rigida de mínimo dos planos | |

| | | |
|---|---|---|
| | 8.3 Dimensiones Aproximadas 190cm (largo) X 80 Cm (ancho)<br>8.4 Elevación de la altura mínimo de 60cm<br>8.5 Parachoques perimetral en material resistente<br>8.6 base o compartimiento integrado en la parte inferior<br>8.7 Con Ganchos para bolsa de drenaje<br>**9. Accesorios:**<br>9.1 Colchoneta de alta densidad, mínimo de 8 cm en material anti fluido o impermeable<br>9.2 Atril porta suero de mínimo dos servicio con cambio de altura | |
| CAMA CUNA PEDIATRICA | 1. Acabado: Pintura en polvo epoxi poliéster de aplicación electrostática.<br>2. Capacidad de Carga: Mínima de 20 kg.<br>3. Con Barandales abatibles con pedestal<br>4. Dividido en cuatro secciones una fija y tres movibles<br>5. Accionados por control de mando eléctrico.<br>6. Atril porta suero cromado<br>7. Módulos eléctricos protegidos de fluidos y derrames | 3 |
| NEBULIZADOR | 1. Nebulizador Compresor Portátil<br>2. Presión mínima del compresor 30 PSI<br>3. Velocidad de nebulización que se suministra 0.15 ml/min o mayor<br>4. Con Filtro de entrada de aire.<br>5. Flujo de aire de salida de minimo 9ltros/minutos.<br>6. Ruido menor a 65dB.<br>7. Capacidad de suministro del Nebulizador 6 mL/ minimo.<br>8. Requerimientos eléctricos AC 110-120V / 60 Hz o batería recargable. | 1 |
| UNIDAD ODONTOLÓGICA CON COMPRESOR DE AIRE LIBRE DE ACEITE | 1. Sillón para paciente con altura ajustable y movimiento eléctrico de inclinación espalda, con control electrónico para movimientos.<br>2. Sillón con capacidad de 180 Kg mínimo, de material lavable, anti hongos, impermeable y resistente. | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| | 3. Lámpara de luz fría led, con movimientos horizontal y vertical. | |
| | 4. Módulo de tres servicios y Jeringa triple | |
| | 5. Bandeja para instrumental. | |
| | 6. Escupidera de porcelana o material de alta resistencia con flujo de agua, eyector de saliva y control de succión. | |
| | 7. Pedal de control de aire de piezas. | |
| | 8.Con Caja de control flujo de agua, manómetro y acceso a entradas de mangueras de presión de aire. | |
| | 9. Estructura modulo metálica con acabado pintura electroestática. | |
| | 10. Requerimiento eléctrico 110 (+/- 10%)/ 50/60 Hz. | |
| | 11.Con Holder Automáticos para las piezas de Mano | |
| | 12. Con Silla ergonomica para el odontólogo. | |
| | **13. Compresor de aire con uno o dos cabezales** | |
| | 13.1. Libre de aceite | |
| | 13.2. Tanque de 80 a 100 litros | |
| | 13.3 Potencia del motor mínimo de 1 HP | |
| | 13.4. Presion maxima 120 PSI +/- 10 | |
| | 13.5 Requerimiento electrico 110 (+/- 10%)/ 60 Hz. | |
| LAMPARA DE FOTOCURADO | 1. Que sea Inalámbrica | 1 |
| | 2. Requerimiento eléctrico 110V (+/-10%)/ 60Hz. | |
| | 3. Diferentes modos de trabajo: 3s, 5s, 10s, 15s, 20s, 25s, 30s, 35s, 40s | |
| | 4. Longitud de onda: 420 a 480nm. O superior | |
| | 5. Potencia de luz: mínimo de 1000mW/cm2 | |
| | 6. Bateria Recargable con autonomia de carga | |
| | 7. Tres modos de trabajo. Continuo, Rampa y Pulso | |
| | 8. Bombillo led. | |
| SCALER ULTRASÓNICO | 1. Equipo para detartarje y profilaxis por ultrasonido. | 1 |
| | 2. Control Digital | |
| | 3. Potencia mínima de 2W | |
| | 4. Presión de agua: 0.1bar. | |
| | 5. frecuencia mínima de 26 kHz. | |
| | 6. Requerimiento eléctrico 110V o 24V (+/-10%)/ 60Hz. | |
| EQUIPO DE ORGANO DE LOS SENTIDOS DE PARED | 1.Transformador de pared de 3.5V con dos cables en espiral extensibles y dos mangos, tanto para el oftalmoscopio como para el otoscopio | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| | 2. Encendido automático al retirar el mango de su base y apagado automático al colocarlo nuevamente en la base. | |
| | **3. Cabeza de Oftalmoscopio** | |
| | 3,1 Luz halógena, de xenón o LED | |
| | 3.2 Mínimo 5 aperturas y 2 filtros | |
| | **4. Cabeza de Otoscopio** | |
| | 4.1 Luz halógena, de xenón o LED | |
| | 4.2 Lente con 2.5 aumentos como mínimo | |
| | 5. Requerimientos eléctricos Ac 110-120V/ 60Hz. | |
| TENSIOMETRO DE PARED | 1. Con un Rango de medición de 0 a 300 mmHg. | 1 |
| | 2. Precisión de +/-3mmHg o inferior. | |
| | 3. División de escala de 2 mmHg | |
| | 4. Pantalla con diámetro mínimo de 140 mm. | |
| | 5. ConPerilla de insuflación. | |
| | 6. Con Brazalete para adulto. | |
| | 7. Libre de látex. | |
| BASÁSCULA DIGITAL PESA BEBÉS GRADO MEDICO | 1. Bascula Pesa Bebé Digital | 1 |
| | 2. Capacidad: mínima 20Kg | |
| | 3. Resolución División: 10 g < 10 kg > 20 g | |
| | 4. Pantalla Digital | |
| | 5.Funciones: conversión de lb/kg, bloqueo de lb/kg, puesta a cero, tara, hold IMC | |
| | **6. Infantometro** | |
| | 6.1 Alcance de medicion 10-100cm | |
| BASCULA DIGITAL ADULTO GRADO MEDICO | 1. Bascula Adulto Digital Grado Médico | 1 |
| | 2. Capacidad: mínima 220 Kg / 550 libras | |
| | 3. Resolución: mínima de 0,1 kg / 0,2 libras | |
| | 4. Pantalla: LCD | |
| | 5. Fuente de alimentación: batería(s) y/o electricidad | |
| | 6. Con tallimetro integrado en la bascula | |
| | 7. Rango de medicion de talla minimo 200cm | |
| | 8. Funciones: conversión de lb/kg, bloqueo de lb/kg, puesta a cero, tara, hold IMC | |
| | 9. Accesorios: adaptador corriente, baterías | |
| LAMPARA PARA EXAMEN | 1. Lámpara que maneje tecnología de 3 LED | 1 |
| | 3. Intensidad de luz de mínimo de 45.000 lux | |
| | 4. Temperatura de color mínimo 4000°k | |
| | 5. Diámetro de iluminación dentro del rango de 10 - 17 cm | |
| | 6. Con soporte móvil | |
| | 7. Sistema de brazo flexible | |
| | 8. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz | |
| AUTOCLAVE | 1. Autoclave a Vapor - de Sobre Mesa | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| | 2. Que tenga un Volumen total de la cámara mínima de 24 lts. | |
| | 3.Control de temperatura y presión. | |
| | 4. Que el Tiempo de esterilización y secado se puedan programar. | |
| | 5.Cuatro programas preestablecidos instrumental empacado, instrumental libre, telas, y envases de vidrio. | |
| | 6. Temperatura para los ciclos en el rango de 121C a 134 C o mayor. | |
| | 7. Debe contar con Tanque de reserva de agua. | |
| | 8. Capacidad mínimo de dos (2) cassettes | |
| | 9. Sistema de detección de fallas | |
| | 10. Cámara de acero inoxidable. | |
| | 11.Con porta bandeja de acero inoxidable. | |
| | 12. impresora para registro de datos. | |
| | 13. Requerimiento electrico 220 Vac, +/-10% 60Hz | |
| UNIDAD ODONTOLÓGICA CON COMPRESOR DE AIRE LIBRE DE ACEITE | 1. Sillón para paciente con altura ajustable y movimiento eléctrico de inclinación espalda, con control electrónico para movimientos. | 1 |
| | 2. Sillón con capacidad de 180 Kg mínimo, de material lavable, anti hongos, impermeable y resistente. | |
| | 3. Lámpara de luz fría led, con movimientos horizontal y vertical. | |
| | 4. Módulo de tres servicios y Jeringa triple | |
| | 5. Bandeja para instrumental. | |
| | 6. Escupidera de porcelana o material de alta resistencia con flujo de agua, eyector de saliva y control de succión. | |
| | 7. Pedal de control de aire de piezas. | |
| | 8.Con Caja de control flujo de agua, manómetro y acceso a entradas de mangueras de presión de aire. | |
| | 9. Estructura modulo metálica con acabado pintura electroestática. | |
| | 10. Requerimiento eléctrico 110 (+/- 10%)/ 50/60 Hz. | |
| | 11.Con Holder Automáticos para las piezas de Mano | |
| | 12. Con Silla ergonomica para el odontólogo. | |
| | **13. Compresor de aire con uno o dos cabezales** | |
| | 13.1. Libre de aceite | |
| | 13.2. Tanque de 80 a 100 litros | |

| | | |
|---|---|---|
| | 13.3 Potencia del motor mínimo de 1 HP | |
| | 13.4. Presion maxima 120 PSI +/- 10 | |
| | 13.5 Requerimiento electrico 110 (+/- 10%)/ 60 Hz. | |
| KIT DE PIEZAS ODONTOLOGICA | 1. Pieza de mano de alta velocidad -- con Velocidad de : >=300.000 RPM | 2 |
| | 2. micro motor con velocidad maxima de >= a 20.000/RPM min | |
| | 3. Pieza Recta con velocidad de >= 25.000RPM | |
| | 4. Contra Angulo con velocidad de >= 20.000RMP | |
| | 5. Esterilizable | |
| LAMPARA DE FOTOCURADO | 1. Que sea Inalámbrica | 1 |
| | 2. Requerimiento eléctrico 110V (+/-10%)/ 60Hz. | |
| | 3. Diferentes modos de trabajo: 3s, 5s, 10s, 15s, 20s, 25s, 30s, 35s, 40s | |
| | 4. Longitud de onda: 420 a 480nm. | |
| | 5. Potencia de luz: 1000mW/cm2 o superior | |
| | 6. Bateria Recargable con autonomia de carga | |
| | 7. Tres modos de trabajo. Continuo, Rampa y Pulso | |
| | 8. Bombillo led. | |
| SCALER ULTRASÓNICO | 1. Equipo para detartarje y profilaxis por ultrasonido. | 1 |
| | 2. Sistema de piezoelectrico. | |
| | 3. Pieza de mano desmontabley esterilizable en autoclave. | |
| | 4. Presión de agua: 0.1bar. | |
| | 5. frecuencia minima de 26 kHz. | |
| | 6. Requerimiento eléctrico 110V (+/-10%)/ 60Hz. | |

Teniendo en cuenta la todos estos requisitos se consideran como habilitantes para efectos de la respectiva evaluación.

El oferente deberá aportar carta de compromiso donde se especifique que se obliga a efectuar las anteriores actividades en caso de resultar adjudicatario del proceso en su calidad de contratista.

| | |
|---|---|
| Firma del Representante Legal: | |
| Nombre del Representante Legal: | |
| Número de Cédula: | |
| Nombre del Proponente: | |
| NIT del Proponente: | |

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

## ANEXO No. 4: OFERTA TECNICA OBJETO DE EVALUACIÓN

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que cumpliré el anexo técnico y los demás documentos que conforman los pliegos de condiciones y convocatoria pública, así mismo declaro que presentaré la documentación solicitada dentro del término establecido para ello si resultare adjudicatario de la **CONVOCATORIA PUBLICA No HSS-CVP-004-2025**.

| | |
|---|---|
| Firma del Representante Legal: | |
| Nombre del Representante Legal: | |
| Número de Cédula: | |
| Nombre del Proponente: | |
| NIT del Proponente: | |

**NOTA:** en el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener toda la información requerida en el presente Anexo.

## ANEXO No. 5: PROPUESTA ECONÓMICA

Yo, _____, actuando en representación legal de (*razón social del Proponente*), presento oferta económica inicial en desarrollo del proceso de selección de Subasta Inversa No. HSS-CVP-004-2025, cuyo objeto es: "DOTACIÓN DE EQUIPO BIOMÉDICO PARA LA ESE HOSPITAL LOCAL SABANAS DE SAN ANGEL.", Por el siguiente valor:

(VER ANEXO ADJUTNO)

Todos los valores deberán expresarse en pesos enteros y deberán incluir todos los impuestos y costos a que haya lugar, entre éstos, el impuesto al valor agregado IVA y los costos de administración, imprevistos y utilidades (si aplica). En caso de que se relacionen valores con centavos la Entidad redondeará tales valores al entero inferior y procederá a realizar las respectivas correcciones aritméticas.

Valor de la oferta económica, en letras, incluido IVA y demás impuestos y costos a que haya lugar: _____PESOS M/CTE)

En caso de que se evidencien diferencias entre los valores en números y letras, primará la magnitud de los valores expresados en letras.

| | |
|---|---|
| Firma del Representante Legal: | |
| | |
| Nombre del Representante Legal: | |
| | |
| Número de Cédula: | |
| Nombre del Proponente: | |
| NIT del Proponente: | |

NOTA: en el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la LA E.S.E HOSPITAL LOCAL SABANAS DE SAN ANGEL., el mismo deberá contener toda la información requerida en el presente Anexo.

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

ANEXO No. 6: CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo *(Indicar el nombre de la persona natural que actúe en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, *(representante(s) legal(es) de – en el caso que aplique) (señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* con *(C.C. o NIT., según corresponda) (Señalar el número de identificación).*

**MANIFIESTO** que:

No *(nos) (me)* encuentro *(amos)* incurso*(s)* en inhabilidades, ni incompatibilidades para contratar con el Estado, de conformidad con la normatividad vigente en contratación estatal y con el Manual de Contratación de la LA E.S.E HOSPITAL LOCAL SABANAS DE SAN ANGEL.

En constancia se firma en *(Ciudad)*, a los *(día)* días del mes de *(mes)* del año *(año).*

*(Firma)*

_____

*(Nombre Completo)*
*(Identificación)*
*(Si actúa en representación de una empresa, unión temporal o consorcio señalar su nombre)*

Nota.

El texto en color gris es explicativo, por lo anterior una vez diligenciado el formato, dicho texto debe ser eliminado, incluyendo la presente nota.

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025
ANEXO No. 7: FORMATO ETICA CONTRATACIÓN

Yo *(Indicar el nombre de la persona natural que actúe en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, *(representante(s) legal(es) de – en el caso que aplique) (señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* con *(C.C. o NIT., según corresponda) (Señalar el número de identificación).*

**ME COMPROMETO** a:

- No recibir ni ofrecer sobornos para mi beneficio o para el de un tercero.

- No desarrollar ninguna conducta que atente contra las normas legales, ni contra los Códigos de Ética de LA E.S.E HOSPITAL LOCAL SABANAS DE SAN ANGEL. o que pueda colocar en entredicho el buen nombre de la Entidad.

En constancia se firma en *(Ciudad)*, a los *(día)* días del mes de *(mes)* del año *(año).*

*(Firma)*

_____

*(Nombre Completo)*
*(Identificación)*
*(Si actúa en representación de una empresa, unión temporal o consorcio señalar su nombre)*

Nota. El texto en color gris es explicativo, por lo anterior una vez diligenciado el formato, dicho texto debe ser eliminado, incluyendo la presente nota.

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025
ANEXO No. 8: DECLARACIÓN DE NO ESTAR INLCUIDO EN LISTA CLINTON Y/O LAVADO DE ACTIVOS

Yo *(Indicar el nombre de la persona natural que actúe en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, *(representante(s) legal(es) de – en el caso que aplique) (señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* con *(C.C. o NIT., según corresponda) (Señalar el número de identificación.*

**MANIFIESTO** que:

Bajo la gravedad del juramento, *(ni el suscrito o la persona jurídica que represento se encuentra «en el caso de persona jurídica ») (no encontrarme «en el caso de persona natural»)*, en la LISTA CLINTON Y/O DE LAVADOS DE ACTIVOS o de alguna similar en la que figure con alguna clase de sanción o bloqueo referente al narcotráfico, lavado de activos o financiación del terrorismo.

En constancia se firma en *(Ciudad)*, a los *(día)* días del mes de *(mes)* del año *(año).*

*(Firma)*

_____

*(Nombre Completo)*
*(Identificación)*
*(Si actúa en representación de una empresa, unión temporal o consorcio señalar su nombre)*

Nota.

El texto en color gris es explicativo, por lo anterior una vez diligenciado el formato, dicho texto debe ser eliminado, incluyendo la presente nota.
*el año)*

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025
ANEXO No. 9: CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA NATURAL

*(Ciudad)*, *(día)* de *(mes)* de *(año).*

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL
MUNICIPIO DE SAN ANGEL
Magdalena

Referencia: HSS-CVP-004-2025

El suscrito *(Indicar el nombre de la persona natural que actué en nombre propio)*, de acuerdo con la *(Señalar la modalidad de selección)* No. *(Indicar el número y el año del proceso)* que tiene por objeto *"(Indicar el objeto del proceso)*", declaro bajo la gravedad de juramento, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes a los sistemas de seguridad social y aportes parafiscales de ley, exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

Como prueba de lo anterior aporto la planilla con el último pago realizado.

ESTA PREVISIONES APLICAN PARA LAS PERSONAS NATURALES EXTRANJERAS CON DOMICILIO EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

_____
*(Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural)*
Nombre: *(Insertar información)*
Cargo: *(Insertar información)*
Documento de Identidad: *(Insertar información)*

Notas:

1. En el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo.

2. En caso de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus miembros debe aportar el presente formato.

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

PERSONA JURÍDICA

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL
MUNICIPIO DE SAN ANGEL
Magdalena

Referencia: HSS-CVP-004-2025

El suscrito *(Indicar el nombre de la persona natural que actué en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, representante(s) legal(es) de *(señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* de acuerdo con la *(Señalar la modalidad de selección)* No. *(Indicar el número y el año del proceso)* que tiene por objeto "*(Indicar el objeto del proceso)*", certifico que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, la compañía se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales de ley y de seguridad social, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

Así mismo,

Yo, *(Indicar el nombre)* identificado con cédula de ciudadanía No. *(Indicar el número de identificación)* y Tarjeta Profesional No. *(Indicar el número)* de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de la firma *(señalar el nombre de la empresa)* con NIT. *(Indicar el número)*, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de aportes parafiscales de Ley.

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

*(En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como sigue:)*

El suscrito *(Indicar el nombre de la persona natural que actué en nombre propio o en representación de una empresa, consorcio o unión temporal)*, representante(s) legal(es) de *(señalar el nombre de la empresa, consorcio o unión temporal) (si no hubiere lugar a representación legal, eliminar lo señalado),* de acuerdo con la *(Señalar la modalidad de selección)* No. *(Indicar el número y el año del proceso)* que tiene por objeto "*(Indicar el objeto del proceso)*", certifico que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, la compañía se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales de ley y de seguridad social, pagados por la compañía a partir de *(fecha de constitución).*

Así mismo,

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

Yo, *(Indicar el nombre)* identificado con cédula de ciudadanía No. *(Indicar el número de identificación)* y Tarjeta Profesional No. *(Indicar el número)* de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de la firma *(señalar el nombre de la empresa)* con NIT. *(Indicar el número)*, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía, pagados por la compañía a partir de *(fecha de constitución).*

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

*[En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación, caso en el cual deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de contratación]*

LA ANTERIOR PREVISIÓN APLICA PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS EXTRANJERAS CON DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

_____ _____

Nombre y firma del Representante Legal Nombre y firma del Revisor Fiscal *(o Contador)*

Notas:

1. En el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo.
2. En caso de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus miembros debe aportar el presente formato.

ANEXO No. 11: EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

De conformidad con la información vigente del Registro Único de Proponentes, la firma a la que represento cuenta con la siguiente experiencia requerida en el presente proceso de contratación:

| EXPERIENCIA DEL PROPONENTE REGISTRADA EN EL RUP | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | CLASIFICACIÓN UNSPSC | N° FOLIO EN LA PROPUESTA | CONSECUTIVO DE REPORTE RUP | CONSORCIO O UNION TEMPORAL SI / NO | PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL CONTRATO | SMLMV |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

*(En el caso en que se requiera ingresar o eliminar las filas y/o columnas que sean necesarias)*

_____

Representante legal o apoderado
Nombre (s) en letra imprenta: .....
C.C. N° .....

NOTA: En el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo.

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

## ANEXO No. 13: FORMATO PARA ACREDITAR LOS REQUISITOS HABILITANTES DE LOS PROPONENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA

*(Ciudad)*, *(día)* de *(mes)* de *(año).*

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL
MUNICIPIO DE SAN ANGEL
Magdalena

Referencia: HSS-CVP-004-2025

Declaro que *(nombre del extranjero sin domicilio o sucursal en Colombia)* cumplo con los requisitos habilitantes establecidos en el pliego de condiciones del Proceso de Contratación de la referencia y declaro que:

1. Capacidad Jurídica

Tengo la capacidad jurídica para ejecutar el contrato objeto del Proceso de Contratación.

2. Experiencia

Cuento con experiencia en SMMLV relacionada en el presente pliego de condiciones o su equivalente en dólares americanos calculados con la TRM vigente.

3. Capacidad Financiera
Cuento con capacidad financiera solicitada en los pliegos de condiciones, así:

| CAPACIDAD FINANCIERA | |
|---|---|
| INDICE DE LIQUIDEZ/ RAZON CORRIENTE: ACT CTE/ PAS CTE (Igual o Mayor a ) | |
| INDICE DE ENDEUDAMIENTO: PAS TOTAL / ACT TOTAL (Igual o Menor al %) | |
| RAZON DE COBERTURA DE INTERES : UTILIDAD OPERACIONAL / GASTOS DE INTERESES (Igual o Mayor al) | |
| CAPITAL DE TRABAJO: ACT CTE - PASIVO CTE (Mayor al 50% Del Presupuesto Oficial, $.) | |

4. Capacidad Organizacional
Cuento con la capacidad organizacional solicitada en los Pliegos de Condiciones, así:

| CAPACIDAD ORGANIZACIONAL | |
|---|---|
| RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO: UTILIDAD OPERACIONAL/ PATRIMONIO (Igual o Mayor al %) | |
| RENTABILIDAD DEL ACTIVO: UTILIDAD OPERACIONAL/ ACTIVO TOTAL (Igual o Mayor al %) | |

Para acreditar la anterior información, adjunto los documentos que prueban la capacidad jurídicos, certificaciones de terceros o contratos que prueban la experiencia y los Estados Financieros auditados de conformidad con las normas aplicables a *(incluir país de emisión).*

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

Declaramos bajo la gravedad de juramento que la información consignada es cierta, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos.

_____

*(Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural)*
Nombre: *(Insertar información)*
Cargo: *(Insertar información)*
Documento de Identidad: *(Insertar información)*
Nota: en el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo.

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

## ANEXO No. 14: CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL

## DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL
MUNICIPIO DE SAN ANGEL
Magdalena

Referencia: HSS-CVP-004-2025
OBJETO: *"(Señalar el objeto)"*

Estimados Señores:

Los suscritos, *(indicar los nombres de los integrantes del consorcio)* debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de *(indicar el nombre de las empresas que representan)*, respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio, para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración del consorcio, la cual debe ser superior al plazo de duración del contrato, su liquidación y *(señalar el tiempo)* año*(s)* más.
El Consorcio está integrado por:

| Nombre del integrante | Compromiso (%) [1] |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

[1] El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.
El Consorcio se denomina CONSORCIO *(indicar el nombre del consorcio)*.
La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria.
En caso de resultar adjudicatario, la facturación del Proponente la realizará: _____.
El representante del Consorcio es _____, identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
El representante suplente del Consorcio es _____, identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
El Señor[a] _____ acepta su nombramiento como representante legal del CONSORCIO _____
El Domicilio del Consorcio es:
Dirección de correo _____
Dirección electrónica _____
Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

En constancia, se firma en *(Ciudad)*, a los *(día)* días del mes de *(mes)* de *(año)*.

Firmas

**Nota:** en el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo.

DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL

Ciudad y fecha:

Señores
E.S.E HOSPITAL SABANAS DE SAN ANGEL
MUNICIPIO DE SAN ANGEL
Magdalena

Referencia: HSS-CVP-004-2025
OBJETO: *"(Señalar el objeto)"*

Estimados Señores:

Los suscritos, *(indicar los nombres de los integrantes del consorcio)* debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de *(indicar el nombre de las empresas que representan)*, respectivamente, manifestamos por medio de este documento, que hemos convenido asociarnos en Unión Temporal, para participar en el Proceso de Contratación y, por lo tanto, expresamos lo siguiente:

La duración del consorcio, la cual debe ser superior al plazo de duración del contrato, su liquidación y *(señalar el tiempo)* año*(s)* más.
La Unión Temporal está integrada por:

| Nombre del integrante | Términos y Extensión de participación en la Ejecución del Contrato [1] | Compromiso (%) [2] |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

[1] La extensión de la participación se indicará en función de las actividades a ejecutar en el proyecto.
[2] El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los integrantes, debe ser igual al 100%.
La Unión Temporal se denomina UNIÓN TEMPORAL _____.
La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal es solidaria.
El representante de la Unión Temporal es _____ , identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, de _____, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del Contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
El representante suplente de la Unión Temporal es _____ identificado con C. C. No. _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades.
El Señor [a] _____acepta su nombramiento como representante legal de la UNIÓN TEMPORAL _____
En caso de resultar adjudicatario, en la facturación del Proponente la realizará: _____

ANEXOS

CONVOCATORIA PUBLICA No. HSS-CVP-004-2025

El domicilio de la Unión Temporal es:
Dirección de correo _____
Dirección electrónica _____
Teléfono _____
Telefax _____
Ciudad _____
En constancia, se firma en *(Ciudad)*, a los *(día)* días del mes de *(mes)* de *(año)*.

Firmas

Nota: en el caso que el oferente utilice otro formato al establecido por la Entidad, el mismo deberá contener como mínimo toda la información requerida en el presente Anexo.