Nro de consecutivo:		Fecha:	15/09/2026.

ADVERTENCIA	**La presente solicitud de cotización constituye una consulta del precio del bien, obra o servicios en el mercado y servirá de base para la elaboración de un estudio previo, por tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes.** **Sin embargo, de las cotizaciones recibidas alguna puede resultar beneficiada con opción de compra o contratación, dependiendo del análisis de precios del mercado efectuado por la Entidad.**
BIEN, OBRA O SERVICIO OBJETO DE COTIZACION CON ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	**OBJECTO**: Adquisición de una (1) tarjeta electrónica Inverter Assembly o tarjeta BBU placa fuente para el equipo de Rayos X portátil, destinada a la reposición del componente electrónico requerido para garantizar el correcto funcionamiento, operación segura y continuidad del servicio de diagnóstico por imágenes de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl. **Alcance del contrato:** **Equipo** | **Marca** | **Modelo** Equipo de rayos X portátil | AGFA | DR-100e
CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN	**OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA** **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** ### OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA El contratista se obliga a: 1.Suministrar y entregara la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl el repuesto electrónico denominado Inverter Assembly, destinado al equipo de Rayos X portátil, de acuerdo con las especificaciones técnicas requeridas por la entidad. 2. Garantizar que el repuesto suministrado sea nuevo, original, compatible y adecuado para el modelo y características técnicas del equipo de Rayos X portátil de la institución, sin presentar señales de uso, reparación o

		remanufactura. 3. Verificar previamente la compatibilidad técnica del Inverter Assembly con el equipo objeto de la reparación, con el fin de garantizar su correcta instalación y funcionamiento. 4. Entregar el repuesto en óptimas condiciones físicas y funcionales, debidamente protegido y embalado para evitar daños durante su transporte y entrega. 5. Garantizar la calidad y correcto funcionamiento del repuesto suministrado y responder por cualquier defecto de fabricación, incompatibilidad o falla atribuible al componente entregado, conforme a las condiciones de garantía ofrecidas. 6. En caso de presentarse una falla o incompatibilidad atribuible al repuesto suministrado, realizar el cambio o reposición del componente, sin generar costos adicionales para la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, dentro de los tiempos establecidos por la entidad y/o las condiciones de garantía. 7. Entregar, cuando aplique, la documentación técnica, ficha técnica, manuales, certificado de garantía o demás soportes relacionados con el repuesto suministrado. 8. Cumplir con el plazo y lugar de entrega establecidos por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl y realizar la entrega previa coordinación con el supervisor del contrato. 9. Informar oportunamente al supervisor del contrato sobre cualquier situación que pueda afectar el cumplimiento del objeto contractual o la entrega oportuna del repuesto. 10. Cumplir con las demás obligaciones

		inherentes al objeto contractual y aquellas que sean requeridas para garantizar la correcta ejecución del contrato. Nota: Los precios de los elementos no contemplados en el contrato y que sean solicitados por la E.S.E HOSPITAL, deberán ser autorizados previamente por el Supervisor aprobados por parte del contratante. Todos los valores deberán sujetarse a precios del mercado.
	TERMINO DE EJECUCION :	A partir de la suscripción del acta de inicio del contrato, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos necesarios para la ejecución y hasta el 31 DE DICIEMBRE DE 2026, en razón al principio de anualidad presupuestal.
	FORMA DE PAGO:	La ESE HOSPITAL cancelará el valor del contrato que se suscriba con ocasión de este proceso mediante ACTA PARCIA una por el valor unitario ofertado durante el periodo objeto de facturación. Los pagos se efectuarán mes vencido, dentro de los treinta (30) días siguientes al mes de la prestación del servicio y al cumplimiento del objeto y las obligaciones contractuales. Para los pagos se requiere que EL CONTRATISTA presente a la E.S.E HOSPITAL (i) La factura o documento equivalente, (ii) La constancia de pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales (este último cuando a ello haya lugar), los cuales deberán cumplir las previsiones legales, (iii) Los informes o entregables previstos por la E.S.E HOSPITAL de acuerdo con a las obligaciones contractuales y a las actuaciones realizadas por EL CONTRATISTA. Así mismo se requerirá que el Supervisor expida el certificado de recibo a satisfacción.
GASTOS QUE DEBERÁ ASUMIR EL	**ESTAMPILLAS Y DESCUENTOS DE**	El valor cotizado debe incluir los descuentos que la Empresa Social del Estado Hospital

FUTURO CONTRATISTA Y QUE DEBERÁN SER TENIDOS EN CUENTA PARA LA COTIZACIÓN	**LEY:**	San Vicente de Paul realiza por concepto de impuestos, tasas y contribuciones, dentro de los cuales podrían encontrarse: **Las contribuciones territoriales:** Estampilla Pro adulto mayor equivalente al 4%; Estampilla Pro cultura equivalente al 1%, Estampilla Pro deporte y recreación equivalente al 2.5%. **Contribuciones Nacionales e Impuestos nacionales:** Los que apliquen en razón a la naturaleza del contrato y al régimen tributario del Contratista (Retención en la fuente, IVA, reteica, reteiva) **Costos Administrativos:** Pago de Aportes al Sistema General de Seguridad Social de acuerdo a las previsiones legales y constitución de garantías. Para evitar posteriores dificultades por desequilibrio contractual debe tenerse en cuenta para la elaboración de la cotización todos los impuestos, tasas y contribuciones; así como los costos directos e indirectos requeridos para la ejecución del contrato.
	CONSTITUCIÓN DE GARANTÍAS:	**EL CONTRATISTA** deberá garantizar el contrato a favor de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul, con NIT 891.480.036-6, a través de una póliza expedida por compañía de seguros debidamente autorizada para operar en Colombia o una garantía bancaria, los siguientes riesgos: **Cumplimiento:** Por un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato y deberá otorgarse con una vigencia igual al término de ejecución más el término legal previsto para su liquidación [Cuatro (4) meses]. **Calidad de los bienes:** Por un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, que deberá permanecer vigente por el término de

		ejecución del contrato y seis (6) meses más. **Calidad del servicio:** Por un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, que deberá permanecer vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más. **Responsabilidad civil extracontractual.** - Por las actuaciones, hechos u omisiones del contratista o subcontratistas por doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 SMLMV) al momento de la expedición de la póliza, por el término de ejecución del contrato. En esta póliza deberán tener la calidad de **asegurados** la entidad contratante [ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL] y el contratista, limitado ello únicamente a los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán **beneficiarios** tanto la entidad contratante [ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL], como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas
PLAZO PARA PRESENTAR LA COTIZACIÓN:	La cotización deberá presentarse al correo electrónico compras@hospisantarosadecabal.gov.co **a la mayor brevedad posible** y más tardar el día **MIERCOLES DIECINUEVE (19) DE septiembre DE 2026**, indicando: • Valor unitario del mantenimiento preventivo discriminado para cada uno de los equipos • Las actividades que se realizan en cada mantenimiento preventivo y los insumos y accesorios que serán suministrados con cargo al valor ofertado, cuando aplique. • Valor determinable y/o condición para determinar el mantenimiento correctivo. • IVA en caso de que aplique • Valores Agregados	

AREA RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE COTIZACION

Nombre: DORA BEATRIZ MEJIA SERNA
Cargo: Jefe de Oficina de Gestión Administrativa y Financiera
Firma:

Revisó:	William de Jesús Cano Quintero	Abogado Contratista
Proyectó y elaboró:	Juan Sebastián Tabares Pineda	Trabajador en misión – Ingeniero Biomédico

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustados en términos técnicos y administrativos; así como en las normas y disposiciones legales y por lo tanto, se presenta para la correspondiente firma.