INVITACION PARA PRESENTAR PROPUESTA

SOLICITUD DOCUMENTOS PRECONTRACTUALES

De acuerdo con la cotización presentada, me permito solicitar documentos jurídicos técnicos y financieros, con el fin de suscribir contrato cuyo objeto es el siguiente:

1. OBJETO: CONTRATAR LA EXPEDICIÓN DE PÓLIZA TODO RIESGO QUE AMPARE LOS BIENES DE PROPIEDAD DE LA ENTIDAD Y LOS QUE TIENE A SU CARGO Y UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

1.1 ALCANCE DE DEL OBJETO:

LA ESE CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C, invitar para presentar propuesta con el objeto de contratar la expedición de póliza todo riesgo que ampare los bienes de propiedad de la Entidad y los que tiene a su cargo desde el 28 de diciembre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28 de Diciembre de 2027 a las 24:00 horas y una póliza de responsabilidad civil para clínicas y hospitales, desde el 28 de Octubre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28 de Octubre de 2027 a las 24:00 horas, conforme a las necesidades que se describen en los presentes términos de referencia Que el programa de seguro incluye los siguientes amparos:

PÓLIZA MULTIRIESGO	
CONCEPTO	**VALOR ASEGURADO**
PÓLIZA DE SEGURO DE PYME	**$20.984.795.469**
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	$ 500,000,000
PÓLIZA DE SEGURO DE MANEJO	$ 150,000,000
TOTAL PÓLIZA MULTIRRIESGO	**$ 21,634,795,469**
PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES OKZ188	$93,700,000
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 1,200,000,000
TOTAL GENERAL	**$ 22.928.495.468,76**

2. DOCUMENTOS

2..1 DOCUMENTOS JURIDICOS

- Carta de Presentación de la Propuesta: La carta debe ser firmada por el Representante Legal y diligenciarse siguiendo el formato (**Anexo No. 1)** suministrado por la ESE CLÍNICA.
- **Manifestación de Multas y sanciones impuestas dentro de los últimos cinco (5) años**. El representante legal deberá suscribir la correspondiente manifestación de multas y sanciones, lo cual será verificado en escrito independiente suscrito por el proponente en donde se establezcan las multas y sanciones impuestas dentro de los últimos cinco (5) años anteriores a la entrega de la propuesta. **(Anexo N° 2).**
- Cotización de los seguros: La propuesta debe contener la información que se requiere en los presentes términos de referencia, de una manera clara, precisa, sin errores aritméticos, sin tachones ni enmendaduras. (**Anexo No 6)**
- Certificado de existencia y representación legal de la persona jurídica, si es el caso, con expedición no mayor de 30 días. Copia de la cédula de ciudadanía del representante legal y/ o persona natural.
- Fotocopia del Certificado de antecedentes judiciales, del Rep. Legal y/o persona natural, vigente.
- Certificado de antecedentes disciplinarios de la persona natural o del representante legal y de la empresa.
- Certificado de antecedentes fiscales de la persona natural y/o del representante legal y la empresa vigente.
- Certificado Expedido por la superintendencia Financiera de Colombia Las personas jurídicas proponentes deberán adjuntar la certificación expedida por la superintendencia financiera por estar sometido a su vigencia de conformidad con el art.38 y ss. del Estatuto orgánico del sistema financiero expedido dentro de los 30 días anteriores al cierre del proceso y en el que conste que la sociedad proponente está autorizada por la Superintendencia Financiera para operar en Colombia los ramos de seguro correspondientes a las pólizas para la cual presenta oferta.
- Fotocopia del RUT

(5) Pagos Seguridad Social y Parafiscales (Ley 789 de 2002) De conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el proponente deberá anexar a su propuesta lo siguiente: Cuando se trate de persona natural deberá indicar en documento anexo a la propuesta, que cumplirá para efectos de la celebración, ejecución, renovación o liquidación del contrato, con las obligaciones relacionadas con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).- Cuando se trate de una persona jurídica, deberá anexar certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando este exista, de acuerdo con los requerimientos de la Ley, o por el Representante Legal de la sociedad en el que se acredite 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

(ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) durante un lapso equivalente al que exija el respectivo régimen de contratación para que se hubiera constituido la sociedad, el cual en todo caso no será inferior a los seis meses anteriores a la celebración del contrato. Para el caso de las Uniones Temporales o Consorcios, se exigirá la acreditación a cada uno de los miembros que la conforman, de acuerdo a lo señalado anteriormente. según **Anexo No 3**

- Formato compromiso anticorrupción diligenciado. (**Anexo N° 4)**
- Formato Sarlaft (**Anexo 5)**

2.2 DOCUMENTOS TÉCNICOS

Para el aspecto técnico, que se verificará que las pólizas cotizadas cumplan con todas las especificaciones del seguro requeridas en el anexo.

2.2.1 Acreditación de Experiencia:

El proponente deberá presentar máximo dos Certificaciones de experiencia o documentos acrediten experiencia en expedición de seguros multirriesgo (Pyme, responsabilidad civil extracontractual, manejo, vehículo y responsabilidad civil medica cuyo valor sea igual o superior al 100% del presupuesto estimado para el presente proceso de selección contractual,

2.3 DOCUMENTOS FINANCIEROS

- **Balances General y de Estado de pérdidas y Ganancias** con corte mínimo a 31 de diciembre de 2025
- **Propuesta económica:** La cual debe elaborase tomando como referencia el cuadro que aparece identificado como **anexo No.6.,** en los presentes términos de condiciones.
- **Fotocopia de las tarjetas profesionales** del Contador que suscribe los Estados Financieros y del Revisor Fiscal si el Proponente está obligado a tenerlo.
- **Certificación de Estados Financieros** mínimo a diciembre 31 de 2025 suscrita por el Contador e Informe de los Estados Financieros mínimo a diciembre 31 de 2025 suscrito por el Revisor Fiscal o Contador Público Independiente, en el caso de que no se requiera Revisor Fiscal.
- **Documentos obligatorios del Contador Público**
  Copia de la Tarjeta profesional del contador público.
  Certificado VIGENTE de antecedentes disciplinarios expedido por la Junta Central de Contadores.
- **Documentos del Revisor Fiscal o Contador Independiente**
  Si la entidad es de las que debe tener revisor Fiscal, esta deberá presentar:
  Copia de la tarjeta profesional del Revisor Fiscal o del Contador Público independiente. Certificado VIGENTE de antecedentes disciplinarios expedido por la Junta Central de Contadores.
  Certificado de existencia y representación legal que acredite la condición de Revisor Fiscal.
  Cuando suscriba los estados de resultados el revisor fiscal suplente, debe acreditarse la autorización

3. DOCUMENTOS DE CONTENIDO ECONÓMICO

El Proponente deberá diligenciar el formato de oferta económica **(Anexo N° 6)** por el valor total de su oferta teniendo en cuenta todos los costos en que deba incurrir para la expedición del contrato de seguro al formular el ofrecimiento económico se deben acatar las siguientes instrucciones:

LA ESE CLÍNICA, solo pagará los valores del Contrato de seguro; no reconocerá suma adicional alguna por impuestos,

4. SELECCIÓN DE LA PROPUESTA

Se verificarán los aspectos jurídicos, técnicos y financieros.

Fase de verificación:

JURÍDICA: Se estudiará y analizará el cumplimiento de los requisitos y documentos de orden legal establecido y solicitado en la presente invitación.

TÉCNICA: Se verificará que el proponente cumpla con los requisitos técnicos señalados en el numeral 2.2.

FINANCIERA: Se establece de conformidad con la información consignada en el **Balance General y el Estado de Pérdidas y Ganancias y sus respectivas Notas financieras** Para verificar este factor el proponente debe anexar:

A. Para verificar la liquidez del proponente se verificará el balance general que se encuentre dentro de los límites señalados en los presentes términos de condiciones:
Razón Corriente = Activo Corriente / Pasivo Corriente
La liquidez deberá ser mínimo del **1.0**

B. Para verificar la capacidad de endeudamiento se aplicará la siguiente fórmula:
Índice de endeudamiento = (Pasivo Total / Activo Total) x 100
El índice de endeudamiento deberá ser menor o igual al **88.5%.**

C. Económica: Se verificará que la aseguradora oferte los amparos de acuerdo a las especificaciones solicitadas por la ESE CLINICA , sin que esta sobrepase el presupuesto establecido para la presente cotización.

Nota: No se acepta propuestas parciales

5. VERIFICACION DE DOCUMENTOS

Se verificarán los aspectos jurídicos, técnicos y financieros. Se evaluará el precio (Evaluación Económica).

ASPECTOS JURÍDICOS	HABILITA
CAPACIDAD FINANCIERA	HABILITA
ASPECTOS TÉCNICOS	HABILITA

- **Verificación Aspectos Jurídicos.**
  Se estudiará y analizará el cumplimiento de los requisitos y documentos de orden legal establecido y solicitado en el numeral 2.1 de los presentes términos de condiciones.
- **Verificación Capacidad Financiera**
  Se establece de conformidad con la información consignada en el **Balance General y el Estado de Pérdidas y Ganancias y sus respectivas Notas financieras** Para verificar este factor el proponente debe anexar:

A. Para verificar la liquidez del proponente se verificará el balance general que se encuentre dentro de los límites señalados en los presentes términos de condiciones:
Razón Corriente = Activo Corriente / Pasivo Corriente
La liquidez deberá ser mínimo del **1.0**

B. Para verificar la capacidad de endeudamiento se aplicará la siguiente fórmula:
Índice de endeudamiento = (Pasivo Total / Activo Total) x 100 El índice de endeudamiento deberá ser menor o igual al **88.5%.**

- **Verificación de los aspectos técnicos**
  Para el aspecto técnico, que se verificará que las pólizas cotizadas cumplan con todas las especificaciones del seguro requeridas en el **anexo.**

6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

En esta fase se efectuará la evaluación económica de las propuestas declaradas HÁBILES

El único criterio de evaluación que tendrá la entidad para seleccionar a quién se adjudica la póliza será el menor precio ofertado que resulte de propuesta económica de la póliza todo riesgo y de responsabilidad civil medica

La ESE CLÍNICA, realizará la evaluación de la oferta total de las pólizas presentada por el oferente,
Económica: Se verificará que la aseguradora oferte los amparos de acuerdo a las especificaciones solicitadas por la ESE CLINICA , sin que esta sobrepase el presupuesto establecido para la presente cotización

Nota: No se acepta propuestas parciales

7. CONDICIONES DEL CONTRATO A CELEBRAR

7.1 PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial de esta contratación es de máximo **TRESCIENTOS SIETE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS CON SETANTA Y UN CENTAVOS MCTE ($ 307.262.414.71)** Imputados al presupuesto de la vigencia fiscal 2026, incluidos costos y gastos directos e indirectos, distribuidos de la siguiente manera:

7.2 FORMA DE PAGO:

El pago se realizará dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación a la expedición de la respectiva póliza de acuerdo con la fecha estipulada en las especificaciones y la presentación de la facturación y/o cuenta de cobro correspondiente, previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, constancia de pago de las obligaciones al sistema general de seguridad social integral y pago de las estampillas a que hubiere lugar.

7.3 CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS DE NACIONES UNIDAS

NOMBRE PRODUCTO	CÓDIGO
Seguro de Edificios o contenidos	84131501
Seguros Automóviles o camiones	8413503
Seguros de daños personales por accidente	84131603
Seguros de equipos electrónicos.	84131512

8. TERMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO

Los contratos de seguros que se realice(n) con el (los) proponente(s) favorecido(s), será para la expedición de póliza todo riesgo que ampare los bienes de propiedad de la Entidad desde el 28 de diciembre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28

de Diciembre de 2027 a las 24:00 horas y una póliza de responsabilidad civil para clínicas y hospitales, desde el 28 de Octubre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28 de Octubre de 2027 a las 24:00 horas.

Se consideran documentos que integran el contrato que se celebre las normas aplicables para la naturaleza del objeto a contratar de conformidad con los términos de condiciones, el estudio de necesidad, conveniencia y oportunidad, la propuesta del contratista, y las cláusulas del contrato; documentos que hacen parte integral del mismo.

El contrato incluirá las cláusulas propias y las obligaciones inherentes a dicha actividad, las condiciones que se señalan en los términos de condiciones y la propuesta presentada por el proponente.

1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

LA ESE CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C, desea contratar la expedición de póliza todo riesgo que ampare

PÓLIZA MULTIRIESGO	
CONCEPTO	**VALOR ASEGURADO**
PÓLIZA DE SEGURO DE PYME	**$20.984.795.469**
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	$ 500,000,000
PÓLIZA DE SEGURO DE MANEJO	$ 150,000,000
TOTAL PÓLIZA MULTIRRIESGO	**$ 21,634,795,469**
PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES OKZ188	$93,700,000
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 1,200,000,000
TOTAL GENERAL	**$ 22.928.495.468,76**

2. ESPECIFICACIONES DE LAS PÓLIZAS REQUERIDAS POR LA E.S.E. CLÍNICA MATERNIDAD

LA E.S.E CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C, desea contratar la expedición de póliza todo riesgo que ampare

- Póliza todo riesgo que ampare los bienes de propiedad de la Entidad desde el 28 de diciembre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28 de diciembre de 2027 a las 24:00 horas
- Póliza de Automóviles, desde el 28 de diciembre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28 de diciembre de 2027 a las 24:00 horas,
- Póliza de responsabilidad civil para clínicas y hospitales, desde el 28 de octubre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 28 de octubre de 2027 a las 24:00 horas

2.1 PÓLIZA TODO RIESGO EQUIPOS, MUEBLES E INFRAESTRUCTURA:

BIEN	SUMA A ASEGURAR
Edificio	10.615.921.664,44
Muebles y enseres	1.676.902.021,02
Medicamentos	457.149.977,55
Materiales médicos Quirúrgico	927.258.864,87
Equipos electrónicos y de cómputo	685.728.043,34
Equipos móviles y/o portátiles	27.013.350,00
Equipos de Medicina	4.390.840.069,53
Equipos electrónicos de medicina en comodato-EQUIPO GILINSKY	1.456.933.352,65
Maquinaria	421.583.006,51
Dineros	12.600.000,00
Inventario papelería	109.013.702,18
Artículos de Ferretería	203.851.416,68
	20.984.795.468,76

2.2 PÓLIZA TODO RIESGO EQUIPOS ELECTRÓNICOS DE MEDICINA EN COMODATO:

La póliza debe amparar todos los equipos entregados a la E.S.E. CLÍNICA, bajo la figura de contrato de Comodato, con coberturas de corriente débil, total daños; Huelga, motín, asonada y conmoción civil; incendio; terremoto y actos malintencionados de terceros hurto simple y calificado, correspondiente valor total de dichos equipos.

EQUIPO	VALOR
ECÓGRAFO VOLUSON GENERAL ELECTRIC E6 BT 13.5	353.319.513
ECOGRAFO VOLUSON GENERAL ELECTRIC E6 BT 13.5	353.319.513
ECOGRAFO VOLUSON I BT14-PORTABLE GENERAL ELECTRIC	124.701.004
ECOGRAFO VOLUSON I BT14-PORTABLE GENERAL ELECTRIC	124.701.004

ECOGRAFO VOLUSON I BT14-PORTABLE GENERAL ELECTRIC	124.701.004
MONITOR FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COROMETRICS 171	18.556.775
MONITOR FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COROMETRICS 171	18.556.775
MONITOR FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COROMETRICS 171	18.556.775
MONITOR FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COROMETRICS 171	18.556.775
MONITOR FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COROMETRICS 171	18.556.775
MONITOR MATERNO- FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COMETRICS 2550CX	56.681.487
MONITOR MATERNO- FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COMETRICS 2550CX	56.681.487
MONITOR MATERNO- FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COMETRICS 2550CX	56.681.487
MONITOR MATERNO- FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COMETRICS 2550CX	56.681.487
MONITOR MATERNO- FETAL GENERAL ELECTRIC MODELO COMETRICS 2550CX	56.681.487
TOTAL	**$ 1.456.933.353**

EQUIPO	CANTIDAD	CODIGO
SET TORRE SPIES CON GRABACION	1	SET TORRE SPIESGRB
MONITOR 26 HD L5ID10044	1	9826NB
IMAGE 1 CONNECT, unidad de conexión, para usar con un máx. de 3 módulos link OT744864-P	1	TC200E
IMAGE 1 H3-Z SPIES, cabezal de cámara de tres chips IMAGE 1 FULL-HD compatible con SPIES YU859496	1	TH100
Fuente de luz fría power LED 175 SCB CON KARL STORZ-SCB INTEGRADO OT9287	1	20161401-1
Cable de luz de fibra óptica con conexión recta 4.8 mm o longitud 250 cm	1	495NCSC
INSUFLADOR 30 LTS ZU20467	1	26432008-1
CONTENEDOR CABEZAL C	1	39301Z3TS
Óptica de visión foroblicua panorámica HOPKINS 30° 10mm o, longitud 31 cm 121 LCZ	1	260038 A
Carro para laparoscopia con soporte Ecualizable	1	UMOVIL15
Manguera metálica alta presión	1	2699026
IMAGE 1 H3 – LINK, Modulo de enlace zu 741634-P	1	TC300
IMAGE 1 SPIES, Adaptador video endoscopios	1	TC001
Tubo de irrigación y aspiración con oficios laterales, tamaño 5mm, longitud 36cm	1	261738N
Cable de alta frecuencia unipolar con clavija de 8mm, longitud 300cm	1	26006M
Tijeras semidirigidas, romas, abertura unilateral, 5 Charr 34cm	3	26159EHW
Cable de alta frecuencia bipolar para KARL STORZAUTOCOM II 400 SCB	1	26175LV
Cánula para inyección LUER-Lock, tamaño 5 m, 1.2mm longitud 36cm	1	26175P
Electrodo de coagulación y disección forma de espátula, tamaño 5mm, longitud útil 36cm	1	26775UE
Manipulador uterino modelo CLERMONT-FERRAND	1	26168D
Pinzas de agarre Rob Kelly modelo CLERMONT-FERRAND 5mm X 36CM	3	38651ML
Sonda palpadora con graduación en cm tamaño 5 mm longitud 5 cm	1	26175T

Recipiente der aluminio completo con tapa perforado 500 X 200X 50 mm	1	27641C
Pinzas de agarre de ovario CLICKLINE	1	33233UM
TOTAL, VALOR ASEGURADO		$93,700,000

2.3 POLIZA D RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Ampara los daños que ocasionemos a terceras personas, daños materiales y lesiones personales causados a terceros durante la vigencia de la póliza

Valor Asegurado: $500.000.000

2.4 MANEJO GLOBAL

Valor Asegurado: $ 150.000.000

Cargos amparados: Cinco (Tesorero-subgerente Administrativo, subgerente Científico y Gerente, mensajero químico farmacéutico, profesional almacén) .

2.5 POLIZA TODO RIESGO VEHICULOS

ESPECIFICACIONES	
Tipo	Camioneta Ambulancia
Modelo	2019
Servicio	Oficial
Placa	OKZ188

Las pólizas todo riesgo para los automóviles deben contener: protección patrimonial, terremoto, pérdidas severas por daños y por hurto (sobre valor comercial), gastos de transporte, responsabilidad civil extracontractual, mínimo de $300.000.000

2.6 PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

Para la expedición del seguro de Responsabilidad Civil que se pretende adquirir, corresponde a la **modalidad ocurrencia**, El seguro de Responsabilidad Civil deberá cumplir con las siguientes especificaciones: Se debe expedir una póliza cuya categoría sea de Responsabilidad Civil para clínicas y hospitales, amparando responsabilidad civil profesional médica y responsabilidad civil general.

1. Debe amparar el Riesgo derivado de la prestación de los servicios de salud, dentro del territorio y Jurisdicción de Colombia.
2. El monto asegurado será de **MIL DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/L ($1.200.000.000)**
3. Los beneficiarios del seguro serán los pacientes y/o los terceros afectados.
4. Debe amparar daños morales que se puedan ocasionar, gastos médicos, y perjuicios extrapatrimoniales.
5. Otros elementos de valor agregado que el oferente desee adicionar
6. La póliza de Responsabilidad deberá estar vigente durante el término de un año (365 días), contado a partir del 28 de octubre de 2026 a las 0:00 horas, hasta el 28 de octubre de 2027 a las 24:00 horas.

ARTURO CASTRO POLO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Proyectó: Aydee Blanco
Asesora Jurídica Externa

ANEXO 1
MODELO DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Cartagena de Indias D.T. y C., Señores:
ESE CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C
Ciudad.

Ref.: – PRESENTACIÓN DE OFERTA PROGRAMA DE SEGUROS ESE CLÍNICA MATERNIDAD

El (los) suscrito (s), obrando en nombre (propio o de la firma o del Consorcio o Unión Temporal) presenta a la **ESE CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C,** de acuerdo con las estipulaciones de la solicitud en referencia,

Dejo (dejamos) constancia bajo gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento de lo siguiente:

1. Que no tengo inhabilidades, incompatibilidades o prohibición alguna para contratar con la entidad, de acuerdo con las leyes que regulan esta materia.
2. Que conozco (conocemos) las especificaciones y garantizo (garantizamos) que el contrato (colocar el objeto del contrato al cual está participando) cumplirá con los requisitos exigidos.
3. Que conozco (conocemos) las normas legales vigentes sobre contratación con entidades públicas y no me encuentro incurso en ninguna casual de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con ella.
4. Que la presente oferta no contiene información confidencial. (En caso contrario deberá indicarse de manera explícita los folios en los cuales obra tal información y la justificación legal y técnica que ampara esos documentos).
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) en situación de deudor moroso con el Estado o en su defecto he (hemos) suscrito acuerdo de pago.
6. Que acepto (aceptamos) y estoy (estamos) de acuerdo con la Invitación Publicas de Condiciones y la forma de pago allí indicada.
7. Bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado al firmar esta carta manifiesto mi aceptación para ser notificado de las actuaciones derivadas del presente proceso, siempre que sea necesario, a través de la dirección de correo elec-trónico indicado en dicho documento de conformidad con el Artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibiré notificaciones en el siguiente correo electrónico o dirección en:

Persona de contacto			
e-mail			
Dirección			
Teléfono			

8. Que en caso de ser elegido (s) me (nos) comprometo (comprometemos) a guardar la reserva de confidencialidad de la información que llegare (llegaremos) a conocer en desarrollo del objeto del contrato. El (los) suscrito (s) señala (n) como su dirección a donde pueden remitir por correo notificaciones relativas a esta solicitud la siguiente:
teléfono _____Fax _____@mail_____ Atentamente,

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

C.C. N°: _____

ANEXO N° 2
DECLARACIÓN SOBRE MULTAS Y SANCIONES

Cartagena de Indias D.T. y C., Señores:
ESE CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C
Ciudad.

Ref : PRESENTACIÓN DE OFERTA PROGRAMA DE SEGUROS ESE CLINICA MATERNIDAD

Yo, _____identificado con cédula de ciudadanía número _____ ex-pedida en _____, en mi condición de _____ según consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de _____, bajo la gravedad de juramento certifico que en los últimos cinco (5) años a la fecha, SI __NO __he sido objeto de multas y/o sanciones por incumpli-miento de mis obligaciones contractuales frente a entidades (En caso de multas y /o sanciones, deberá relacionar en relación con cada una de ellas, el monto de la multa o de la sanción, la fecha en que se impuso y el nombre de la entidad que la impuso).

Atentamente,

_____
FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
NIT:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CIUDAD:
DIRECCIÓN: TELÉFONO

ANEXO No. 3
MODELO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA JURÍDICA

(Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal) Yo,_____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con NIT N° _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____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 nuestra propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. Dada en _____, a los ( ) _____del mes de _____ de _____.

FIRMA: _____ NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA_____

Nota: En el que caso de oferentes personas naturales, deberán acreditar las respectivas planillas de aportes al sistema de seguridad social.

ANEXO N° 4 "COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN"

Cartagena de Indias D. T. y C.,

Señores:

Ref.: PROCESO PRESENTACIÓN DE OFERTA PROGRAMA DE SEGUROS ESE CLÍNICA MATERNIDAD

Ciudad.

El suscrito Oferente dentro del presente proceso de selección de la referencia, declaro en forma voluntaria y expresa que en todas las actuaciones derivadas de las estipulaciones de la presente invitación pública y del contrato previsto, obrará con la transparencia y la moralidad que la Constitución Política, las Leyes, Consagran para tal efecto, en ninguna de las etapas del proceso (Precontractual; Contractual ó Pos contractual); el Oferente y/o Contratista, ofrecerá, prometerá o dará dadivas o prebenda alguna a cualquier funcionario o colaborador de la entidad contratante ni permitirá o aceptará solicitudes o peticiones en tal sentido por parte de funcionarios, o colaboradores de la entidad contratante, que en forma directa o indirecta se relacionen con acciones de favorecimiento o propias de la entidad. Oferente y/o Contratista se compromete a denunciar ante la entidad y/o la autoridad competente tales hechos, que sean de su conocimiento. -

Atentamente,

Nombre del Oferente _____
Firma Representante(s) Legal(es)

ANEXO No. 5
"FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT"

E.S.E. CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.	**FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT**	**Código: FTO-SAF-SLT-01** **Versión: 1** **Fecha: 11/04/2017**

Fecha de Diligencia-miento DD MM AAAA		**Tipo de Solicitud** Cliente / Usuario ☐ Trabajador ☐ Proveedor ☐ Miembro de Junta Directiva ☐	
Ciudad	**Dirección**	**Vinculación** ☐ **Actualización** ☐	
I.	**INFORMACIÓN GENERAL**		
Persona natural			
Nombres y apellidos		**Tipo documento:** C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PAS ☐	**N° Identificación**
Lugar de Expedición	**Fecha de Expedición** DD MM AAAA	**Fecha de Nacimiento** DD MM AAAA	**Lugar de Nacimiento**
Dirección Residencia		**Teléfono**	**Celular** / **Ciudad**
Profesión		**Ocupación**	
¿Administra recursos públicos? Sí ☐ No ☐	**¿Tiene reconocimiento público?** Sí ☐ No ☐	**¿Tiene grado de poder público?** Sí ☐ No ☐	
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada PEP? (Persona Públicamente Expuesta) Sí ☐ No ☐	**¿Está sujeto a obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?** Sí ☐ No ☐	**Indique cuáles:**	
Si se respuesta fue afirmativa, indique por qué:			
Persona jurídica			
Razón social	**NIT**	**Correo Electrónico**	
Tipo de sociedad: Anónima ☐ S.A.S. ☐ Limitada ☐ Otra ☐ ¿Cuál? _____			
Tipo de empresa: Privada ☐ Pública ☐ Mixta ☐ Sin ánimo de lucro ☐ Con ánimo de lucro ☐			
Actividad económica principal			
Comercial ☐ Agropecuaria ☐ Industrial ☐ Servicios ☐ Otro ☐ Transportes ☐ Construcción ☐ Minera ☐ Financiero ☐			**¿Cuál?** **Código CIIU**
Descripción de la actividad económica			
Dirección oficina principal	**Teléfono**	**Fax**	**Ciudad**

Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Fax**	**Ciudad**

Representante legal				
Nombres y apellidos		**Tipo documento:** C.C. ☐ C.E. ☐ PAS ☐		
N° Identificación	**Lugar de expedición**	**Fecha de na-cimiento** DD MM AAAA		**Lugar de nacimiento**
Dirección residencia		**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**

RELACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)			
Razón Social y/o Nombres y Apellidos	**Tipo de documento**	**N° Documento**	**% de Participación**

II. INFORMACIÓN FINANCIERA		
Total activos		**Total pasivos**
Ingresos mensuales		**Egresos mensuales**
Otros ingresos (Diferentes a su actividad económica principal)		**Patrimonio**
Información financiera a corte DD MM AAAA		**de:**

III. INFORMACIÓN BANCARIA				
Tiene referencias financieras Sí ☐ No ☐				
Cuenta Corriente ☐ **Ahorros** ☐	**Banco**		**Sucursal**	**Teléfono**
Cuenta Corriente ☐ **Ahorros** ☐	**Banco**		**Sucursal**	**Teléfono**

IV. REFERENCIAS COMERCIALES			
Nombre	**Teléfono**	**Dirección**	**Ciudad**
Nombre	**Teléfono**	**Dirección**	**Ciudad**

V. OPERACIONES INTERNACIONALES	
¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐	**Tipo de transacciones** Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de servicios ☐ Transferencias ☐ Otros ☐

Productos financieros en moneda extranjera						
Tipo de producto	**No. de producto**	**Banco**	**Monto**	**Ciudad**	**País**	**Moneda**

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

_____

_____

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

Eximimos a la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., su representante legal y/o funcionarios, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? SÍ ☐ NO ☐

La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? SÍ ☐ NO ☐

Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? SÍ ☐ NO ☐

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

_____

Firma
(Persona natural, si es persona jurídica firma del Representante Legal)

Huella

Fecha diligenciamiento del formulario DD MM AAAA	**Nombre del funcionario o persona que lo diligencia:**	**Firma**
Tipo documento: C.C. ☐ **C.E.** ☐ **PAS** ☐	**N° Identificación:**	**Lugar de Expedición:**

ANEXO N. 6

OFERTA ECONÓMICA

El proponente deberá diligenciar el siguiente formulario

CONCEPTO	VALOR PROPUESTA
POLIZA DE SEGURO DE PYME	
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	
POLIZA DE SEGURO DE MANEJO	
PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES OKZ188	
SUB TOTAL	
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
SUB TOTAL	
GRAN TOTAL	

ANEXO 7

ETAPA DEL PROCESO	FECHA
INVITACIONES	23 de octubre de 2026
RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	27 de octubre 2026 a las 10:00 am Correo subadministrativa@maternidadrafaelcalvo.gov.co
VERIFICACIÓN PROPUESTAS POR EL COMITÉ DE COMPRAS	27 octubre de 2026
CELEBRACIÓN	Desde el 28 de octubre de 2026