


| | | | |
|---|--|----------|-------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI | CÓDIGO: | FG-GI-CA-19 |
| | | VERSIÓN: | 1.0 |
| | INVITACION PÚBLICA | FECHA: | 16/08/2010 |
| | | PÁGINA: | 1 DE 6 |

SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL

INVITACION PÚBLICA PRESENTAR
 OFERTAS PARA LA ADQUISICIÓN DE
 BIENES Y/O SERVICIOS
 (Contratación del 10% de la menor cuantía)

Fecha publicación: Agosto 16 de 2010

De conformidad con lo preceptuado por las Leyes 80 de 1.993 y 1150 de 2007, así como en los Decretos 2474 de 2008 y 3576 de 2010, el Distrito de Buenaventura:


INVITA

A las personas naturales y/o jurídicas, hábiles para contratar con el estado que se encuentran interesadas en presentar ofertas para contratar el siguiente bien o servicio:

1. Objeto: PRESTACION DE SERVICIO COMO TECNICO DE ASEGURAMIENTO Y OTRAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BUENAVENTURA.
2. Plazo del contrato 4 Meses 11 días
3. Presupuesto oficial 7.954.000
4. Lugar y fecha para presentar las ofertas: La oferta se recibirá en la secretaría de Salud Distrital de Buenaventura a más tardar el 19 de Agosto de 2010 hasta las 9:30 A.M.

CRONOGRAMA DEL PROCESO

| Evento | FECHA -HORA | LUGAR |
|---|--|---|
| Publicación de la invitación publica en la pagina web (www.buenaventura.gov.co) | 3 DIAS Desde 16 de Agosto 2010 hasta 18 de Agosto de 2010 | www.buenaventura.gov.co |
| Recepción de propuestas | 1 DIA 19 de Agosto hasta las 9:30 A.M | Recepción Secretaria de salud Distrital |
| Evaluación de propuestas | 1 DIA 19 de Agosto de 2010 | Secretaria de salud Distrital |
| Publicación resultados informe de evaluación en pagina web | 1 DIA 19 de Agosto de 2010 | www.buenaventura.gov.co |
| Suscripción del contrato | 1 DIA 20 de Agosto de 2010 | Secretaria de salud Distrital |

| | | | |
|---|--|----------|-------------|
|  <p>República de Colombia Departamento del Valle del Cauca Municipio de Buenaventura</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI | CÓDIGO: | FG-GI-CA-19 |
| | | VERSIÓN: | 1.0 |
| | INVITACION PÚBLICA | FECHA: | 16/08/2010 |
| | | PÁGINA: | 2 DE 6 |

5. **Factor de escogencia y evaluación:** De conformidad con lo establecido en el artículo 12 del Decreto 2474 de 2008 en concordancia con lo establecido en los estudios previos, se escogerá la propuesta que oferte el **mayor puntaje**. En caso de empate se seleccionará por sorteo.

Las ofertas se calificaran de la siguiente manera:

Se asignará 100 puntos a la propuesta que obtenga el mayor puntaje de conformidad con las siguientes formula:

Especificaciones técnicas:

a) Presentar una propuesta por escrito sobre el servicio que se brindará.

b) Acreditar experiencia mediante certificaciones expedidas por las personas naturales o jurídicas, donde conste que ha ejecutado contratos con igual o similar objeto al que se invita y el excelente cumplimiento del mismo.

Factores de Evaluación

1. Oferta con menor valor.

Se asignará **40 puntos** al proponente que ofrezca menor valor por su servicio

2. Experiencia

Se asignarán hasta **60 puntos**. En la prestación del servicio.


Se otorgará los puntos por los años de experiencia certificada hasta un máximo de 25 puntos así:

Entre 2 – 4 años: 45 puntos

Entre 4 – 6 años: 50 puntos

Entre 6 – 8 años: 55 puntos

Más de 8 años: 60 puntos

| | | | |
|---|--|----------|-------------|
|  | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI | CÓDIGO: | FG-GI-CA-19 |
| | | VERSIÓN: | 1.0 |
| | INVITACION PÚBLICA | FECHA: | 16/08/2010 |
| | | PÁGINA: | 3 DE 6 |

6. Requisitos habilitantes

El oferente deberá anexar a su propuesta la siguiente documentación:

| REQUISITOS JURIDICOS | |
|-----------------------------|--|
| x | Certificado de existencia y representación legal o registro mercantil en original expedido por la Cámara de Comercio.(Persona Jurídica) |
| x | Fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal o persona natural. |
| x | Fotocopia del registro único tributario-RUT |
| x | Copia o certificación de afiliación al sistema de salud y pensión para personas naturales. |
| x | Certificación de pago de seguridad social y aportes parafiscales expedida por el revisor fiscal o representante legal de los últimos seis meses, o constancia de no estar obligado a efectuar este pago, en caso de personas jurídicas. |
| x | Certificación de la persona natural o del representante legal de la persona jurídica, que no se encuentra inhabilitado para contratar con el Estado, según lo establecen los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas legales y constitucionales vigentes |
| x | Hoja de vida del Departamento Administrativo de la Función Publica |
| x | Soportes de hoja de vida |
| x | Certificados de antecedentes disciplinarios (Procuraduría y Contraloría) |
| x | Fotocopia del pasado judicial vigente |
| x | Fotocopia de Libreta militar (si la requiere). 030000 |
| | Fotocopia de la Tarjeta Profesional (si se requiere) |
| REQUISITOS TECNICOS | |
| | El oferente deberá acreditar como mínimo titulo de bachiller |
| | |
| | |

Dado en Buenaventura a los 16 días del mes de Agosto de 2010

MARIBEL MORENO ORTIZ
Secretaria de Salud Distrital.

| | | | | |
|---|--|--|----------|-------------|
|  <p> SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI República de Colombia Departamento del Valle del Cauca Municipio de Buenaventura </p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI | | CÓDIGO: | FG-GI-CA-19 |
| | | | VERSIÓN: | 1.0 |
| | INVITACION PÚBLICA | | FECHA: | 16/08/2010 |
| | | | PÁGINA: | 4 DE 6 |

**FORMATO
CERTIFICADO DE PAGO DE LOS APORTES**

Ciudad y fecha

Señores
 Secretaría de Salud Distrital
 Centro Administrativo Municipal C.A.M.

ASUNTO: Carta de certificación de pago de aportes

Por medio de la presente me permito certificar que la firma que represento se encuentra a paz y salvo por todo concepto de pago de los aportes de los empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, aportes parafiscales y de contratación de aprendices al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Cajas de compensación Familiar.

Atentamente,

NOMBRE:

FIRMA:

CARGO:

Nota: Este documento deberá ser firmado por el Revisor Fiscal cuando este exista de acuerdo con lo requerimientos de ley o por el Representante Legal

| | | | |
|---|--|----------|-------------|
|  <p>República de Colombia Departamento del Valle del Cauca Municipio de Buenaventura</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI | CÓDIGO: | FG-GI-CA-19 |
| | | VERSIÓN: | 1.0 |
| | INVITACION PÚBLICA | FECHA: | 16/08/2010 |
| | | PÁGINA: | 5 DE 6 |

FORMATO 3

DECLARACION JURAMENTADA

Ciudad y fecha

Señores
DISTRITO DE BUENAVENTURA
Ciudad

Asunto: Declaración de multas y/o sanciones


Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía _____ y representante legal de _____, declaro bajo gravedad de juramento, que la firma que represento no ha sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos tres (3) años.

Cordialmente,

Nombre, Apellidos o Razón Social

Firma

Identificación Número _____

| | | | |
|---|--|----------|-------------|
|  República de Colombia Departamento del Valle del Cauca Municipio de Buenaventura | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MECI | CÓDIGO: | FG-GI-CA-19 |
| | | VERSIÓN: | 1.0 |
| | INVITACION PÚBLICA | FECHA: | 16/08/2010 |
| | | PÁGINA: | 6 DE 6 |

FORMATO No 4
Formato de cantidades y especificaciones

| Nº | DESCRIPCION | UNI | CANT | VAL UN | VAL TOTAL |
|----|--------------|-----|------|--------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | TOTAL | | | | |