



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

San Juan de Pasto,

**Señores:**  
**Ciudad.-**

**Asunto:** Solicitud Simple de Cotizaciones No. 006-2013 Desarrollo del **MACROPROCESO ASISTENCIAL DE MEDICINA ESPECIALIZADA UCI** para el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E – vigencia 2013.

Cordial saludo.

De conformidad con lo previsto en el numeral 8° del artículo 15 del Estatuto Interno de Contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, esta entidad podrá contratar directamente sin necesidad de solicitud de cotizaciones “- Para la suscripción de contratos de suministro de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión y/o funcionamiento de ésta entidad en áreas administrativas y asistenciales, caso en el cual se podrá contratar con personas naturales o jurídicas; (....)” en consecuencia, se permite adelantar el proceso de contratación directa de acuerdo a lo establecido en el artículo 23 de la Resolución 386 de junio de 2008 – Manual Interno de Contratación.

#### **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., de conformidad con lo previsto en el Acuerdo No. 005 de diez (10) de mayo de 2008 proferido por la Junta Directiva, en desarrollo de las políticas de transparencia que le son exigibles, garantizando los principios constitucionales y legales, pueden denunciar cualquier ingerencia o anomalía en el presente proceso a la línea 7214525 ext 245 o la página <http://www.hosdenar.gov.co> – mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co). u otros mecanismos, organismos o sistemas de control de carácter formal.

#### **INVITACIÓN VEEDURÍAS CIUDADANAS**



Se invita a todas las veedurías ciudadanas a participar y ejercer el control correspondiente sobre el objeto de la presente convocatoria

De conformidad con lo previsto en el numeral 8° del artículo 15 del Estatuto Interno de Contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, esta entidad podrá contratar directamente sin necesidad de solicitud de cotizaciones “- Para la suscripción de contratos de suministro de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión y/o funcionamiento de ésta entidad en áreas administrativas y asistenciales, caso en el cual se podrá contratar con personas naturales o jurídicas; (....)” en consecuencia, se permite:

**SOLICITAR:**  
**A LOS INTERESADOS EN PRESENTAR**  
una **COTIZACIÓN** para la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN UCI PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE – VIGENCIA 2013**



**“UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR”**  
CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
<http://www.hosdenar.gov.co> mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|  | <b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES</b><br><b>No. 006-2013</b><br><b>MEDICINA ESPECIALIZADA EN</b><br><b>UCI</b> | <b>CÓDIGO:</b><br><b>FAABA –</b><br><b>16/01</b> | <b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b><br><b>JULIO DE 2011</b> |  |
|---|--|--|--|---|

**1. OBJETO: Prestación de servicios Profesionales del MACROPROCESO ASISTENCIAL DE MEDICINA ESPECIALIZADA UCI, SEGÚN SE DETERMINA A CONTINUACIÓN:**

| PROCESO DE MEDICINA<br>ESPECIALIZADA UCI  | TOTAL PROGRAMACION HORAS |
|---|--------------------------|
| SUBPROCESO ASISTENCIAL DE MEDICINA<br>ESPECIALIZADA NOCTURNO DE LUNES A DOMINGO PARA<br>EL AREA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO<br>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE                       | 4.008                    |
| SUBPROCESO ASISTENCIAL DE MEDICINA<br>ESPECIALIZADA DIURNO PATRA LOS DIAS SABADOS,<br>DOMINGO Y FESTIVOS PARA EL AREA UCI DEL HOSPITAL<br>UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE | 1.320                    |



| PROCESO       | MEDICINA ESPECIALIZADA   |
|---------------|--|
| SUBPROCESO    | Unidad de Cuidado Intensivo Adultos - UCI  |
| PROCEDIMIENTO | INGRESO – ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA –<br>INTERCONSULTAS - JUNTAS MEDICAS – PROCEDIMIENTOS<br>ESPECIALES - EGRESO DEL USUARIO.                        |
| PERFIL        | MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, CUIDADO<br>CRITICO.   |
| OBJETIVO      | Suministrar las actividades correspondientes a los procesos<br>indicados en la empresa dentro del macro proceso<br>asistencial de medicina especializada UCI |

**2. CRONOGRAMA DE LA PRESENTACION DE LA COTIZACIÓN:**

- Publicación de la presente solicitud a cotizar en la página web del Hospital [www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) el día 9 de enero de 2013.
- Presentación de observaciones a la presente solicitud, desde el 9 al 11 de enero de 2013 hasta las 4:00 p.m. mediante oficio que se deberá radicar en la Oficina Jurídica de la entidad ubicada en el primer piso de las instalaciones del Hospital (Calle 22 No. 7-93 Avenida parque Bolívar).
- Respuesta a las observaciones presentadas y solicitud definitiva a cotizar: El día 14 de enero de 2013, la cual se publicará en la página web del Hospital [www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co). En el evento en que, en razón de las observaciones presentadas por los interesados o por determinación propia de la Administración, se requiera cambiar el contenido de la solicitud a cotizar, la correspondiente modificación será publicada oportunamente en la página Web aludida.
- La cotización del objeto de esta convocatoria, deberá depositarse en sobre y/o caja cerrados en la Urna dispuesta para el efecto ubicado en la Subgerencia Administrativa y Financiera del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE a más tardar hasta el 17 de enero de 2013 hasta las 5:00 p.m.
- El Comité de Contratación del HUDN en fecha 21 de enero de 2012 publicará el informe de evaluación de requisitos habilitantes y concederá hasta el día hábil siguiente para que los interesados los presenten, en ejercicio de las reglas de subsanabilidad y la primacía de lo sustancial



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
[http: www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

sobre lo formal. No será subsanable la falta de capacidad, ni se avalarán las circunstancias ocurridas con posterioridad a la fecha fijada para la presentación de ofertas. La entrega de los documentos se hará mediante oficio que se deberá radicar en la Oficina Jurídica de la entidad ubicada en el primer piso de las instalaciones del Hospital (Calle 22 No. 7-93 Avenida parque Bolívar).

- El día 23 de enero de 2013 se publicará en la página WEB arriba mencionada el informe de evaluación definitivo, y los interesados podrán presentar sus observaciones hasta el 25 de enero de 2013 hasta las 5:00 p.m, mediante oficio que se deberá radicar en la Oficina Jurídica de la entidad ubicada en el primer piso de las instalaciones del Hospital (Calle 22 No. 7-93 Avenida parque Bolívar). Las respuestas que se otorguen a ellas se publicarán a más tardar el día 28 del mismo mes y año, también en la página web pluricitada.
- Adjudicación del contrato hasta el 30 de enero de 2013.

### **3. ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL:**

#### **MEDICINA ESPECIALIZADA UCI**


- Realizar con oportunidad, calidad y calidez la revista médica en el área correspondiente de acuerdo al instructivo de realización de revista IRHOS – 08
- De acuerdo a su competencia, diligenciar los registros requeridos en los procesos técnicos administrativos, tales como Epicrisis, Notas Operatorias, formato de Resumen de Atención, Certificados de Defunción, justificaciones de medicamentos y procedimientos No POS y de otros trámites, que por necesidades administrativas, se requieran en la Institución.
- Preparar y participar en las actividades de “Revista Médica”, determinar el manejo médico con base en evidencias (guías de medicina basada en evidencia).
- Cumplir con los protocolos y guías basadas en la evidencia científica en el proceso de atención de los pacientes.
- Brindar la información adecuada al usuario y a las respectivas familias sobre la evolución del paciente, esta información debe ser consistente a: tratamiento y objetivos esperados, el proceso de la enfermedad y el estado actual, cuidados durante su estancia en el Hospital.
- Valorar la evolución y el estado clínico de los Pacientes; identificar los Usuarios en estado crítico y definir de manera oportuna el respectivo manejo.
- Brindar los Cuidados pertinentes al Paciente según su condición clínica y apoyar al resto del Equipo, en caso de Urgencias.
- Hacer entrega de turno donde, dejando constancia de la misma y de la información intercambiada entre los profesionales.
- Cumplir con la agenda programada por el Hospital.
- Diligenciar la historia clínica debidamente de acuerdo a los mecanismos tecnológicos del Hospital, observando la debida confidencialidad en su manejo.
- Cumplir con la política de seguridad del paciente y contribuir en el cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación del Hospital.

### **4. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:**

- Identificar y determinar, conjuntamente con el Interventor del proceso o la persona que el designe, las acciones a realizar de acuerdo el Plan de Producción, de Ventas, y plan acción del servicio.
- Participar en cursos, talleres y reuniones programados por el servicio o por la Institución.




**“UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR”**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
 http: www.hosdenar.gov.co mail: hudn@hosdenar.gov.co

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

- Presentar y realizar informes sobre las actividades desarrolladas, los problemas observados en el desarrollo de las mismas y las correspondientes propuestas de solución con una periodicidad de tres meses o en su defecto cuando el interventor lo solicite.
- Participar en la implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de las medidas de vigilancia y control epidemiológico del servicio e intra hospitalario.
- Participar en las actividades que le competen dentro del Plan de Emergencias y manejo de residuos Hospitalarios.
- Participar y apoyar el desarrollo de las actividades que sobre Salud Ocupacional se lleven a cabo en el Servicio.
- Registrar en los formatos diseñados para tal fin toda la información que se genera en el desarrollo y control de todos los Procesos y Procedimientos que se ejecute en el Servicio, y que sean de su competencia.
- Coordinar el desarrollo de las actividades objeto del contrato con el Interventor/supervisor la cuales deben estar con las políticas internas institucionales.
- Coordinar con el Interventor del proceso y/o la persona designada por éste sobre las acciones a realizar de acuerdo el Plan de Producción, y plan de acción.
- Brindar un trato humanizado tanto a los clientes internos como externos.
- Conocer y aplicar los procedimientos, instructivos, protocolos, esquemas y registros del manual de documentos y procesos.
- Conoce y aplicar el proceso de atención del cliente desde el momento que llega el usuario hasta su egreso
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos operativos establecidos en la planeación estratégica de los procesos inmersos en el plan de desarrollo institucional.
- En coordinación con el supervisor, elaborar planes de mejoramiento de los procesos contratados con base en las informaciones obtenidas del equipo de salud, los usuarios, la familia y la organización y en especial de los resultados de las evaluaciones periódicas del objeto contratado.
- Participar en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación del servicio de salud
- Cumplir con las normas y esquemas diseñados de Bioseguridad y Control Epidemiológico, identificando y notificando todas las situaciones que sean factor de riesgo
- Hacer buen uso de los equipos entregados en custodia y utilizados en el Servicio, velar por su conservación.
- Participar en la evaluación y aplicación de los estándares de acreditación que apliquen al proceso y las actividades que son de su competencia.
- Garantizar que la capacidad organizacional desarrolle las actividades que aseguren el resultado específico contratado, estableciendo un instrumento de valoración del proceso o actividad realizada
- Garantizar la prestación del servicio en forma oportuna con el cubrimiento de las horas establecidas según la programación o necesidades del Hospital, para la atención de proceso contratado.
- Garantizar la capacidad organizacional con calificación e idoneidad en los procesos y procedimientos que se tengan establecidos para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, en caso de calamidad o incapacidad o ausencia temporal, el servicio deberá ser cubierto de forma inmediata, so pena de imponer multas sucesivas en contra del contratista.
- Cuando el hospital determine incumplimiento en el objeto contratado, se informará al contratista y se procederá según el caso a imponer multas sucesiva y/o declarar la terminación contrato y hacer efectivas las pólizas de cumplimiento.





|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

- Participar en los procesos necesarios que permitan un control en la Garantía de la Calidad de gestión.
- Conocer y desplegar los deberes y derechos de los usuarios.
- Conocer y desplegar lo concerniente al manejo de residuos hospitalarios y plan de emergencias hospitalario.
- El Supervisor de cada proceso designado por el contratista deberá entregar al interventor designado por el Hospital un informe mensual consolidado sobre la medición de competencias, sobre el cumplimiento de horas, jornadas programadas en el periodo para la ejecución de resultados específicos por área. Este informe servirá de base para la calificación mensual del contratista.
- Delegar un representante del contratista, cuya responsabilidad sea: a) Ser interlocutor entre el contratista y el Hospital a través del Interventor del contrato y de manera que garantice un adecuado seguimiento, comunicación permanente y control de las actividades necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. b) Las demás propias de la administración de la capacidad organizacional.
- Suministrar la dotación requerida para el desarrollo de las actividades u oficio de los asociados, de acuerdo a la imagen corporativa de la institución y previo visto bueno del contratante.
- Planificar la rotación de la capacidad organizacional, con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.
- Responder por el inventario entregado en custodia por el HOSPITAL al personal designado por el contratista para el desarrollo de las labores contratadas, es decir, por el manejo y control de los bienes, en este sentido, el contratante y el contratista deberán suscribir un acta donde se determine que los medios de producción tales como instalaciones, equipos, herramientas, tecnología y demás medios materiales e inmateriales de trabajo serán de absoluta responsabilidad y custodia del contratista. Acta que suscribirá dentro de los diez días siguientes de la firma del contrato. En la liquidación del contrato, además de considerarse el cumplimiento del objeto como tal, se debe tener en cuenta que el contratista haya efectuado la devolución de los bienes e inventarios entregados para el desarrollo del mismo; de lo contrario el Interventor dejara constancia para efectos de tomar las medidas administrativas y jurídicas a que haya lugar, tales como requerimiento a la aseguradora donde fue tomado la póliza por parte del contratista.
- De igual manera, el contratista se hace responsable del buen manejo de los equipos, y bienes entregados para el cumplimiento del objeto contratado y responderá extra – contractualmente por los daños a terceros en el ejercicio de las actividades contratadas.
- El contratista garantizará a través del supervisor la evaluación mensual de los procesos contratados, en coordinación con el interventor del contrato.
- Suministrar la Dotación, elementos de protección personal, herramientas y equipos de medición requeridos para el desarrollo de las actividades u oficio de la capacidad organizacional con la cual desarrollará el objeto contractual.
- El contratista deberá preservar y responder por daños que se presenten con respecto a los recursos físicos del hospital, so pena de la imposición de multas, o cobro de daños y perjuicios a que haya lugar.
- Asumir la responsabilidad por falla de servicio, cuando esta se produzca por causa imputable al contratista o a sus dependientes y mantener indemne al Hospital de reclamaciones, quejas o procesos judiciales generados por dicha causa.
- El Hospital se reserva el derecho de rechazo de hojas de vida que no cumplan con el perfil requerido para el desarrollo del proceso.
- Cumplir Con las actividades previstas en el numeral anterior.
- Cumplir con las actividades previstas en el anexo técnico de contratación.



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
 http: www.hosdenar.gov.co mail: hudn@hosdenar.gov.co

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

**5. NATURALEZA DEL CONTRATO:** Prestación de Servicios Profesionales.

**6. PRESUPUESTO OFICIAL:** El presupuesto oficial de la presente contratación se calcula en la suma de QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS, (**\$584.400.000**)

**7. REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE LA COTIZACIÓN:**

Con la cotización respectiva, deberá adjuntarse la documentación que acredite los siguientes requisitos:

**7.1 REQUISITOS DE CAPACIDAD JURÍDICA:**

- Diligenciar Anexo 2. Carta de presentación de la propuesta.
- Certificado de existencia y representación legal de la empresa expedido por la Cámara de comercio no superior a 1 mes a la fecha de recepción de la cotización. En el caso de Consorcios y de Uniones Temporales, además del certificado de existencia y representación cuando sus miembros sean personas jurídicas, deberá aportarse el documento privado de constitución en el que se determine las facultades de la persona que la representará, y demás requisitos establecidos en el Estatuto General de Contratación Pública.

Si el cotizante es un organismo cooperativo deberá presentar el registro ante la Superintendencia de Economía Solidaria y Resolución de licencia de funcionamiento.

- El cotizante deberá manifestar por escrito, que tanto él como persona jurídica y que el personal con el cual ejecutará el contrato, no se encuentran incursos en causales de inhabilidad o incompatibilidad de las previstas en la Constitución, en la ley y en el Estatuto de Contratación, para contratar con del Hospital Universitario Departamental de Nariño, ESE y así mismo que conoce el Estatuto de Contratación, Código de Etica y de buen gobierno del Hospital. (Anexo 2).
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal, pasado judicial, antecedentes disciplinarios y fiscales vigentes.
- Presentar RUT.
- Presentar certificado expedido por el contador público o revisor fiscal de la empresa, en el que conste la aplicación del régimen de la misma.
- Presentar declaración del representante legal donde manifieste que la persona jurídica contratista asume todos los riesgos y responsabilidades frente a su personal o asociados.
- Presentar certificación suscrita por el representante legal del proponente, o por el contador o revisor fiscal según corresponda de encontrarse a paz y salvo en el pago de salud, pensiones, riesgos profesionales y parafiscales.



**7.2 REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA:**

El cotizante deberá presentar los siguientes documentos:



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
<http://www.hosdenar.gov.co> mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

- a. Programa de Salud ocupacional – COPASO.
- b. Reglamento Interno de Trabajo.
- c. Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- d. Presentar estatutos y régimen de compensación, en caso de que el proponente sea una organización cooperativa.
- e. Certificación expedida por el representante legal de la empresa mediante la cual se acredite que el personal con el cual se ejecutará el objeto del contrato posee el siguiente esquema de vacunación: titulación anticuerpos, hepatitis 3 dosis.
- f. Presentar con la cotización organigrama y cronograma para el desarrollo de los procesos a contratar.
- g. Presentar un plan de inversiones del presupuesto ofertado donde se determine la distribución del mismo en cuanto a: costos de administración el cual no puede superar el 7% del presupuesto ofertado, pago de nómina discriminado su asignación básica mensual para cada actividad, pago de prestaciones sociales desglosado para cada actividad, gastos de administración, impuesto y utilidad.
- h. Si es adjudicado el contrato, en desarrollo del mismo, el contratista deberá anexar para cada pago del valor contractual, un certificado expedido conjuntamente por el representante legal y contador público o revisor fiscal según corresponda dando fe del pago y salvo en el pago de salud, pensiones, riesgos profesionales y parafiscales, adicionalmente deberá presentar la relación de personal respecto de quien se hace el pago, que en todo caso, deberá corresponder a la capacidad organizacional con la cual desarrollará el proceso contratado. Para efectos de la liquidación del contrato, el contratista deberá presentar el paz y salvo de estos aportes expedidos directamente por la EPS, ARP, AFP Y por las entidades administradoras de los aportes parafiscales.
- i. La persona jurídica favorecida con la adjudicación del contrato, deberá presentar dentro del término de legalización del contrato, los contratos individuales de trabajo o de cooperación según corresponda, de las personas vinculadas a la empresa contratista con quienes ejecutará el proceso contrato.
- j. La persona jurídica que resulte favorecida con la adjudicación del contrato deberá presentar un Plan de supervisión y de seguimiento a las actividades de servicio y a los recursos asignados para el cumplimiento de las actividades contractuales, para lo cual deberá presentar además, la relación de personal de la empresa que realizará dicha supervisión y seguimiento.
- k. Presentar un plan de inducción capacitación y actualización que permita el Mejoramiento continuo.

### 7.2.3 REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN, PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS:

La entidad cotizante deberá garantizar la capacidad organizacional, técnica, operativa y logística mínima establecida en esta solicitud y los siguientes requisitos para el desarrollo de los procesos:

Para el desarrollo del MACROPROCESO ASISTENCIAL, se requieren los siguientes requisitos:



#### **MEDICINA ESPECIALIZADA**

##### **A. CONOCIMIENTOS BASICOS O ESENCIALES:**

- Sistema general de seguridad social integral
- Decreto 1011 de 2006 Sistema General de Garantía de Calidad
- Ley 1122 de 2007
- Resolución 1995 de 1999
- Normas y esquemas de bioseguridad y manejo ambiental
- Conocimiento básico en sistemas de computo y digitación



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
 http: www.hosdenar.gov.co mail: hudn@hosdenar.gov.co

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

- Conocimiento en el Sistema Dinámica Gerencial Hospitalaria según el modulo que aplique al macro proceso en el manejo de Historia Clínica Digital
- Guías de práctica clínica de la institución

#### **B. EDUCACIÓN:**

- Título Profesional en Medicina Especializada otorgado por una Institución legalmente aprobada
- Si el título es expedido por Entidad Extranjera se debe acreditar la resolución de homologación del ICFES.
- Registro Médico y tarjeta Profesional.

#### **C. FORMACIÓN:**

- Título de formación avanzada y/o Especialización en Áreas médicas o Clínicas afines a la naturaleza del cargo.

#### **D EXPERIENCIA:**

Un (1) año en el ejercicio de la Especialidad

### **7.4 REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE HOJAS DE VIDA**

El cotizante deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos respecto a su personal, con el cual declara que desarrollará el proceso, presentando las correspondientes hojas de vida con soportes (la certificación sobre formación pueden ser expedidas por el representante legal de la entidad cotizante; con todo el Hospital se reserva el derecho de verificar la información aportada).

La verificación de las hojas de vida se realizará con base en los siguientes conceptos:

- Hoja de vida con base en los requisitos establecidos en el numeral anterior, en caso contrario, será objeto de rechazo. El formato de Hoja de Vida será el establecido en el ANEXO 3 debidamente rotulado por proceso.
- Se debe presentar la hoja de vida de forma individual, la cual deberá contener fotografía reciente de la persona tipo pasaporte, para cada proceso cotizado y para cada solicitud de cotizaciones debidamente rotuladas donde se identifique claramente el proceso para el cual cotiza.
- Cuando para el cumplimiento de cada proceso objeto de contratación, el personal de la empresa contratista requiera cubrir la actividad bajo el sistema de turnos, será obligación de la misma respetar en su programación la legislación laboral vigente sobre jornada máxima de trabajo.



### **7.5 CAPACIDAD FINANCIERA:**

1. Presentar estados financieros básicos a septiembre de 2012 y notas a los mismos estados, avalados por Contador Público y anexo fotocopia de la Tarjeta Profesional, y copia de los antecedentes disciplinarios expedido por la Junta de Contadores.



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
<http://www.hosdenar.gov.co> mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

En caso de que la entidad cotizante se haya creado en un plazo inferior a seis meses deberá presentar estados financieros de constitución.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. de conformidad con las normas contables vigentes exige que los documentos de este numeral estén debidamente firmados por el cotizante y contador que los preparó en caso de persona natural y por el representante legal, por el contador que los preparó y/o el revisor fiscal cuando la ley lo exija en caso de persona jurídicas.

2. Para tener en cuenta los estados financieros, se deberá anexar los indicadores financieros de Capital de Trabajo a 30 de septiembre de 2012, calculado sobre los estados financieros mayor o igual al 1% del valor del presupuesto oficial; Capacidad de Endeudamiento a 30 de septiembre de 2012 menor o igual a 80% de los estados financieros y Patrimonio a 30 de septiembre de 2012 calculado sobre los estados financieros mayor o igual al 3% del valor del presupuesto oficial y certificados por contador público. En caso de que la entidad cotizante se haya creado en un plazo inferior a seis meses deberá presentar estados financieros de constitución, donde se aplicará los indicadores financieros antes mencionados.

#### 8. FORMA DE PAGO:



El Hospital Universitario Departamental de Nariño, Empresa Social del Estado pagará el valor del objeto contratado así: ONCE (11) cuotas que se cancelaran por mensualidades vencidas una vez presentado informe de cumplimiento del supervisor y evaluación como proveedor confiable, de acuerdo a las horas programadas y ejecutadas por el contratista y certificadas por el supervisor.

#### 9. GARANTIAS:

a) La persona jurídica que resulte favorecida con la adjudicación del contrato deberá constituir las siguientes garantías de acuerdo a lo establecido en el Manual de Contratación:

1. El valor del amparo de cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato no será inferior al monto de la cláusula penal pecuniaria y en todo caso no podrá ser inferior al 20% del valor del contrato, cuando aquella sea inferior a este porcentaje o no se haya pactado; y su duración deberá ser como mínimo igual al plazo del contrato y seis (6) meses más.
2. El valor del amparo de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones no será inferior al 10% del valor total del contrato y deberá extenderse por el plazo del contrato y tres (3) años más.
3. Responsabilidad civil extracontractual por daños que se puedan producir a terceros en el desarrollo del contrato. El valor y duración serán determinados de conformidad con el riesgo probable en la ejecución del contrato, por cuantía del 5% del valor total del mismo y por una vigencia no inferior al plazo del contrato, pero en ningún caso inferior a doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes (200 SMLMV - ) al momento de la expedición de la póliza. La vigencia de esta garantía se otorgará por todo el periodo de ejecución del contrato.
4. Responsabilidad civil médica individual: Cada profesional que preste sus servicios en virtud del desarrollo del proceso contratado deberá contar con póliza de seguros que ampare la responsabilidad civil médica individual (acto médico).



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

#### 10.- EROGACIONES TRIBUTARIAS Y PUBLICACIÓN

Todas las erogaciones tributarias que deban cancelarse con ocasión de la celebración del contrato, y demás necesarias, serán exclusivamente, a cargo del contratista.

La publicación del contrato se realizará por el Hospital en el SECOP de acuerdo a lo previsto en el Decreto 19 de 2012.

#### 11. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo de ejecución del contrato será de ONCE (11) meses contados a partir del día PRIMERO (1ro.) DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2.013), hasta el TREINTA Y UNO ( 31 ) DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013).

#### 12 .CONDICIONES DE PRESENTACION DE LA COTIZACION:

La cotización deberá presentarse de la siguiente manera:

En un (1) original, en legajador AZ en idioma castellano, se recomienda anexar documentos que sean estrictamente necesarios para participar, no aportar hojas en blanco, entregar foliadas las cotizaciones desde su primera página (con excepción de los folios que componen las hojas de vida). La cotización debe presentarse así: Se deberá separar la información jurídica, técnica (hojas de vida en carpetas independientes por servicios a cotización) y relación de las hojas en orden alfabético debidamente numeradas que deberán coincidir con las anexadas en las carpetas, financiera y económica de acuerdo a los documentos exigidos para cada tipo de información, según como adelante se indica (ANEXO 3). Esto es de vital importancia para la adecuada manipulación de los documentos sobre los cuales se va a evaluar al cotizante de tal manera que si no es presentado de esta forma el proceso de evaluación no se podrá realizar en forma efectiva, dificultando la calificación.

El sobre de presentación de la cotización deberán diligenciarse tal como se estipula en el anexo 1.

La cotización deberá ser presentada en la oficina de la subgerencia administrativa, primer piso, dentro de las fechas establecidas, según el reloj visible en el mismo sitio. En caso de presentarse fuera del sitio, fechas y horarios establecidos, la cotización no será recibida.

#### 13. RELACIÓN LABORAL:

El Hospital no adquiere ningún compromiso, ni responsabilidad de carácter laboral con el oferente con motivo del contrato que se suscriba, ni con las personas que el Contratista designe para el ejercicio de las actividades contratadas, las cuales serán de exclusiva y única responsabilidad del oferente.

La consulta de la solicitud simple de cotización se realizará a través de la página Web del Hospital [www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) y podrá solicitarse copia del mismo en la Dependencia de Recursos Humanos. El cotizante cubrirá los costos del valor de las copias de la presente solicitud.

Cordialmente,

**WILSON LARRANIAGA LOPEZ**



Gerente

Hospital Universitario Departamental de Nariño –ESE-

Proyectó: Comité Contratación



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
[http: www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|



## ANEXO 1

### COMO PRESENTAR LA COTIZACION

#### 1. EN EL SOBRE:

|   |
|---|
| <p><b>NOMBRE DEL OFERENTE</b><br/> <b>NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL</b><br/> <b>DIRECCION</b><br/> <b>CIUDAD</b><br/> <b>TELEFONO</b><br/> <b>EMAIL</b></p> <p><b>SOLICITUD DE COTIZACION No _____</b><br/> <b>OBJETO DE LA COTIZACION: _____</b></p> <p><b>PROCESOS QUE COTIZA:</b></p> <p><b>FECHA</b></p> |
|---|



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

## 2 EN LA CARPETA:

| INDICE  |
|---|
| A REQUISITOS DE HABILITACIÓN PARA PARTICIPAR      |
| 1. REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA                |
| 2. REQUISITOS DE CAPACIDAD FINANCIERA             |
| 3. REQUISITOS DE CAPACIDAD JURÍDICA               |
| 4. ANEXOS   |
| 5. COTIZACION ECONOMICA                           |
| 6. CAPACIDAD DE PERSONAL: HOJAS DE VIDA ROTULADAS |

## 2. ROTULACIÓN DE HOJAS DE VIDA

**NO. INVITACION:**



**NOMBRE COTIZANTE:**

**NOMBRE DEL PROFESIONAL PROPUESTO:**

**PROCESO QUE COTIZACIÓN:**



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
[http: www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

## ANEXO 2

San Juan de Pasto,

Doctor:  
WILSON LARRANIAGA LOPEZ  
Gerente  
Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.  
La ciudad

Ref.: SOLICITUD DE COTIZACION No. \_\_\_\_\_



El presente escrito tiene por objeto presentar la cotización para el \_\_\_\_\_ de conformidad con lo establecido en este documento y los anexos adjuntos.

Así mismo, el suscrito declara que:

1. Tiene capacidad legal para firmar y presentar la cotización.
2. El o los contratos que se llegare a celebrar en caso de adjudicación, compromete totalmente a la sociedad que legalmente represento.
3. He revisado cuidadosamente los documentos de la cotización, incluidas sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de la misma.
4. La sociedad que legalmente represento y el personal con el cual se desarrollará los procesos cotizados, no están impedidos por causa de inhabilidades y/o incompatibilidades establecidas en las leyes colombianas para contratar con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
5. He recibido toda información necesaria para presentar debidamente la cotización.
6. En la eventualidad de que sea adjudicado el contrato, me comprometo a realizar, dentro del plazo máximo que fije el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., todos los trámites necesarios para legalización y adquisición de las pólizas solicitadas.
7. Que el contenido de la cotización es válido por un mínimo de doce (12) meses contados a partir de la fecha y hora del cierre de la misma.
8. Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, acuerdo No. 005 de 2008 proferido por la Junta Directiva del Hospital, así como el Código de Ética y buen gobierno del Hospital.



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
<http://www.hosdenar.gov.co> mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

9. Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.

10. Valor de la cotización: \$

Atentamente,

(Nombre del representante legal)  
Cédula de Ciudadanía No.



(Nombre completa de la firma cotizante)  
NIT

Dirección, Teléfono, Fax



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
[http: www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)

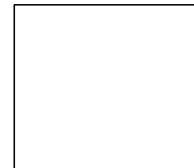


|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|  | <b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES</b><br><b>No. 006-2013</b><br><b>MEDICINA ESPECIALIZADA EN</b><br><b>UCI</b> | <b>CÓDIGO:</b><br><b>FAABA –</b><br><b>16/01</b> | <b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b><br><b>JULIO DE 2011</b> |  |
|---|--|--|--|---|

### ANEXO 3

#### FORMATO DE HOJA DE VIDA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

HOJA DE VIDA



#### INFORMACION BASICA

##### I DATOS PERSONALES

|                         |                 |                     |  |                     |  |
|-------------------------|-----------------|---------------------|--|---------------------|--|
| Primer Apellido         |                 | Segundo Apellido    |  | Nombre              |  |
| Documento de Identidad  |                 | Lugar de Expedición |  | Nacionalidad        |  |
| Sexo                    | Libreta Militar |                     |  | Pais de Nacimiento  |  |
| Departamento            | Municipio       |                     |  | FECHA DE NACIMIENTO |  |
| Pais de Residencia      | Departamento    |                     |  | Municipio           |  |
| Dirección de Residencia | Télefono        | Estado Civil        |  | Personas a cargo    |  |

##### II INFORMACION ACADEMICA

##### 1. EDUCACION BASICA Y MEDIA

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| Educación Básica y Media | Título Obtenido |
|--------------------------|-----------------|



##### 2. EDUCACION SUPERIOR Y POSGRADO

| Modalidad Académica | Semestres aprobados | Nombre de estudios o título obtenido |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------|
|                     |                     |                                      |
|                     |                     |                                      |
|                     |                     |                                      |

##### 3. PROFESION REGLAMENTADA

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| Profesión o Título | No. De Matricula Profesional |
|                    |                              |



|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|  | <b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES</b><br><b>No. 006-2013</b><br><b>MEDICINA ESPECIALIZADA EN</b><br><b>UCI</b> | <b>CÓDIGO:</b><br><b>FAABA –</b><br><b>16/01</b> | <b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b><br><b>JULIO DE 2011</b> |  |
|---|--|--|--|---|

#### V EXPERIENCIA RELACIONADA

##### 1. EXPERIENCIA DOCENTE PREGRADO

| UNIVERSIDAD | TIEMPO EXPERIENCIA | CATEDRA | FACULTAD |
|-------------|--------------------|---------|----------|
|             |                    |         |          |
|             |                    |         |          |
|             |                    |         |          |
|             |                    |         |          |

##### 2. EXPERIENCIA DOCENTE POSGRADO

| UNIVERSIDAD | TIEMPO EXPERIENCIA | CATEDRA | FACULTAD |
|-------------|--------------------|---------|----------|
|             |                    |         |          |
|             |                    |         |          |
|             |                    |         |          |
|             |                    |         |          |

#### VI PUBLICACIONES, OTRAS ACCIONES EN PRO DEL SECTOR

##### 1. PUBLICACIONES

|  |
|--|
|  |
|  |

##### 2 COLABORACION EN LA EVALUACION DEL COMPONENTE ACREDITACION DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD



|  |
|--|
|  |
|--|

##### 3. ASESORIAS Y COOPERACION HORIZONTAL (en otras Instituciones)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
 http: www.hosdenar.gov.co mail: hudn@hosdenar.gov.co

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|  | <b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES</b><br><b>No. 006-2013</b><br><b>MEDICINA ESPECIALIZADA EN</b><br><b>UCI</b> | <b>CÓDIGO:</b><br><b>FAABA –</b><br><b>16/01</b> | <b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b><br><b>JULIO DE 2011</b> |  |
|---|--|--|--|---|

## VII EXPERIENCIA LABORAL

|                         |           |                  |                    |      |
|-------------------------|-----------|------------------|--------------------|------|
| Empresa o Entidad       |           | Pública          | Privada            | Pais |
| Departamento            | Municipio | Dirección        |                    |      |
| Cargo o Contrato Actual |           | Fecha de Ingreso | Tiempo de Servicio |      |
| Dedicación              |           |                  |                    |      |

## 2. EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

|                         |           |                  |                    |      |
|-------------------------|-----------|------------------|--------------------|------|
| Empresa o Entidad       |           | Pública          | Privada            | Pais |
| Departamento            | Municipio | Dirección        |                    |      |
| Cargo o Contrato Actual |           | Fecha de Ingreso | Tiempo de Servicio |      |
| Dedicación              |           |                  |                    |      |



|                         |           |                  |                    |      |
|-------------------------|-----------|------------------|--------------------|------|
| Empresa o Entidad       |           | Pública          | Privada            | Pais |
| Departamento            | Municipio | Dirección        |                    |      |
| Cargo o Contrato Actual |           | Fecha de Ingreso | Tiempo de Servicio |      |
| Dedicación              |           |                  |                    |      |

|                         |           |                  |                    |      |
|-------------------------|-----------|------------------|--------------------|------|
| Empresa o Entidad       |           | Pública          | Privada            | Pais |
| Departamento            | Municipio | Dirección        |                    |      |
| Cargo o Contrato Actual |           | Fecha de Ingreso | Tiempo de Servicio |      |
| Dedicación              |           |                  |                    |      |

|                         |           |                  |                    |      |
|-------------------------|-----------|------------------|--------------------|------|
| Empresa o Entidad       |           | Pública          | Privada            | Pais |
| Departamento            | Municipio | Dirección        |                    |      |
| Cargo o Contrato Actual |           | Fecha de Ingreso | Tiempo de Servicio |      |
| Dedicación              |           |                  |                    |      |



**"UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR"**  
 CALLE 22 No. 7 – 93 PARQUE BOLÍVAR. CONMUTADOR 7333400.  
 FAX 7333408 y 7333409 SAN JUAN DE PASTO / NARIÑO  
 http: www.hosdenar.gov.co mail: hudn@hosdenar.gov.co

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  | <p><b>SOLICITUD SIMPLE DE<br/>COTIZACIONES<br/>No. 006-2013<br/>MEDICINA ESPECIALIZADA EN<br/>UCI</b></p> | <p><b>CÓDIGO:<br/>FAABA –<br/>16/01</b></p> | <p><b>FECHA DE ELABORACIÓN:<br/>JULIO DE 2011</b></p> |  |
|---|---|---|---|---|

|  |
|--|
| <p align="center"><b>VIII INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDADES</b></p>   |
| <p>MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA OCUPAR UN CARGO O EMPLEO PUBLICO O PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ( Artículo 1ro. de la Ley 190/95)</p> <p>FIRMA: _____</p> |

|   |
|---|
| <p align="center"><b>IX FIRMA DEL ASPIRANTE</b></p>   |
| <p>PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. ( Artículo 5o. De la Ley 190/95)</p> <p>FIRMA: _____</p> |

