



ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD Y FICHA TÉCNICA PARA CONTRATOS MENORES O IGUALES A 150 SMLV Y CONTRATACIÓN DIRECTA

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRJUR-007	30 DE SEPTIEMBRE DE 2014
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
02	07 DE OCTUBRE DE 2015
	HOJA: 1 DE: 1



FECHA DE SOLICITUD: 17 de marzo de 2016

NOMBRE DEL SOLICITANTE: SARA CAICEDO LOPEZ

CARGO DEL SOLICITANTE: JEFE OFICINA JURIDICA

Diligencia a continuación de acuerdo al tipo de contratación requerida (Bienes o Servicios)

SOLICITUD DE BIENES _____ SOLICITUD DE SERVICIOS X OBRA _____

ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD

DESCRIPCION DETALLADA DEL OBJETO A CONTRATAR: COMPRAVENTA DE SEGURO OBLIGATORIO, PARA EL PARQUE AUTOMOTAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE. NO.

MARCA PLACA MODELO CC VTO SOAT

- 1 RENAULT OAK184 2006 2000 13/04/2017
- 2 TOYOTA OHK486 2001 4500 26/09/2017
- 3 AGRALE OAK216 2008 4300 19/11/2017
- 4 IVECO OAK209 2008 2800 21/12/2017
- 5 FORD OAK297 2014 2000 29/05/2017
- 6 NISSAN OAK296 2014 2400 29/05/2017
- 7 RANAULT OAK307 2015 2000 23/04/2017
- 8 RENAULT OAK309 2015 2300 03/06/2017
- 9 HINO OAK334 2017 5100 30/03/017

JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD: La entidad cuenta con parque automotor de nueve vehuclos los cuales requieren para su circulacion de el SOAT El SOAT o Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito es un seguro ANUAL OBLIGATORIO para todos los vehículos que transitan en Colombia. Su costo es relativo al tipo de vehículo (moto, carro, campero, etc), modelo y cilindraje y básicamente cubre los daños corporales causados a personas en un accidente de tránsito, en los siguientes aspectos • Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

- Incapacidad permanente.
- Fallecimiento de la víctima.
- Gastos funerarios.
- Gastos de transporte y movilización de las víctimas.

El SOAT tiene algunos límites los cuales, al ser sobrepasados deben ser cancelados por el responsable del accidente o el seguro de vehículo (seguro contra todo riesgo) de éste.

MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA: Solicitud simple de ofertas X Contratación directa _____

VALOR DEL CONTRATO : \$ 6.658.740 RUBRO: SEGUROS

JUSTIFICACIÓN DEL VALOR DEL CONTRATO: ESTAS GARANTIAS FUERON COTIZADAS POR NUESTRO CORREDOR DE SEGUROS.

RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO: RIESGOS TRIBUTARIOS, MORA EN LA ENTREGA DE LA POLIZA

GARANTIAS: SI _____ NO X QUE CLASE DE GARANTIA?

BIENES A CONTRATAR (Diligencie unicamente para el caso de contratación de bienes)



DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
---	----------	------------------

OBLIGACIONES O ACTIVIDADES A DESARROLLAR DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL:

1. A) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en esta contratación.
- B) Participar y apoyar al Hospital en todas las reuniones a las que éste lo convoque relacionadas con la ejecución de esta contratación.
- C) Devolver al hospital, una vez finalizado la ejecución del contrato los documentos que en desarrollo del contrato se hayan producido, e igualmente todos los archivos que se hayan generado en cumplimiento de sus obligaciones y en especial los bienes devolutivos que le hayan sido asignados en custodia.
- D) Colaborar con EL Hospital en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del presente contrato
- E) Realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondiente.

VIGENCIA Y PLAZO DE EJECUCION: : Será desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta la vigencia de cada soat

SUPERVISION / INTERVENTORIA SUGERIDA: JEFE OFICINA JURIDICA

Anexos (si los tiene):				Numero de folios anexos:	
DEPENDENCIA SOLICITANTE:	JEFE OFICINA JURIDICA	VIABILIDAD SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		APROBACIÓN GERENCIA	
NOMBRE JEFE DE DEPENDENCIA:	SARA CAICEDO LOPEZ	NOMBRE FUNCIONARIO:	Hernàn Arteaga Muñoz	NOMBRE FUNCIONARIO:	JAIME ARTEAGA CORAL
FIRMA JEFE DE DEPENDENCIA:		FIRMA FUNCIONARIO:		FIRMA FUNCIONARIO:	





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS JUR.SP 0638.-2017

DE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
AREA: JURIDICA

DIRECCION: CALLE 22 No. 7-93 Parque Bolívar. Conmutador 7333400 EXT 147,148, 202

PARA: PERSONAS JURÍDICAS,

FECHA: 27 DE MARZO DEL 2017

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en observancia de lo dispuesto en el artículo 25 del estatuto de contratación y considerando que la cuantía del objeto a contratar es inferior a 500 smmlv, invita a presentar oferta para la presente solicitud simple de ofertas

INVITACION A LAS VEEDURIAS CIUDADANAS: Se invita a las veedurías ciudadanas a verificar la legalidad y transparencia de este proceso de contratación en todas sus etapas.

FECHA LÍMITE DE PRESENTACION DE OFERTA: Hasta el día MARTES 28 DE MARZO 2017 - HORA 5:00 p.m., de acuerdo a cuadro subsiguiente y acreditando los requisitos que se relacionan a continuación:

OBJETO: COMPRAVENTA DE SEGURO OBLIGATORIO, PARA EL PARQUE AUTOMOTAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE, relacionados a continuación:

NO.	MARCA	PLACA	MODELO	CC	VTO SOAT
1	RENAULT	OAK184	2006	2000	13/04/2017
2	TOYOTA	OHK486	2001	4500	26/09/2017
3	AGRALE	OAK216	2008	4300	19/11/2017
4	IVECO	OAK209	2008	2800	21/12/2017
5	FORD	OAK297	2014	2000	29/05/2017
6	NISSAN	OAK296	2014	2400	29/05/2017
7	RENAULT	OAK307	2015	2000	23/04/2017
8	RENAULT	OAK309	2015	2300	03/06/2017
9	HINO	OAK334	2017	5100	30/03/017

GENERALIDADES

El SOAT o Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito es un seguro ANUAL OBLIGATORIO para todos los vehículos que transitan en Colombia. Su costo es relativo al tipo de vehículo (moto, carro,





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

campero, etc.), modelo y cilindraje y básicamente cubre los daños corporales causados a personas en un accidente de tránsito, en los siguientes aspectos:

- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.
- Incapacidad permanente.
- Fallecimiento de la víctima.
- Gastos funerarios.
- Gastos de transporte y movilización de las víctimas.

El SOAT tiene algunos límites los cuales, al ser sobrepasados deben ser cancelados por el responsable del accidente o el seguro de vehículo (seguro contra todo riesgo) de éste.

1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA.

- A) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en esta contratación.
- B) Participar y apoyar al Hospital en todas las reuniones a las que éste lo convoque relacionadas con la ejecución de esta contratación.
- C) Devolver al hospital, una vez finalizado la ejecución del contrato los documentos que en desarrollo del contrato se hayan producido, e igualmente todos los archivos que se hayan generado en cumplimiento de sus obligaciones y en especial los bienes devolutivos que le hayan sido asignados en custodia.
- D) Colaborar con EL Hospital en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del presente contrato
- E) Realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondiente.

2. RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO:

- A) Modificación del régimen de impuesto aplicables
- B) Riesgo de suspensión del contrato
- C) Riesgo humano por accidente
- D) Devaluación del dólar como moneda de referencia.
- E) Riesgo sociales y políticos

3. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:

- A) Designar al supervisor del contrato u orden de compra.
- B) Acompañar la ejecución del objeto en los términos y condiciones pactados.
- C) Suministrar la información necesaria relacionada con el objeto del contrato u orden de compra de manera que EL HOSPITAL pueda apoyar adecuadamente el desarrollo del contrato.
- D) Realizar oportunamente los desembolsos financieros establecidos en el presente contrato u orden de compra siempre y cuando EL HOSPITAL cumpla con las condiciones para ello.
- E) Analizar oportunamente la información remitida por EL CONTRATISTA. En caso de requerirse ajustes, solicitarlos por escrito.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

F) Las demás que correspondan a la naturaleza del contrato u orden de compra, de acuerdo a su naturaleza y objeto.

4. **PRESUPUESTO OFICIAL:** El presupuesto oficial total de esta solicitud asciende a la suma de: SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/Cte valor Incluido IVA. (\$6.658.740). Según certificado de disponibilidad presupuestal No. 1031 del de 2017.

5. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR CON LA COTIZACION

Los oferentes deberán presentar con su propuesta económica (ANEXO 2) los siguientes documentos, en caso de no presentarlos se requerirá al oferente por una sola vez y si no los presenta o no cumple con lo establecido en esta solicitud la propuesta será rechazada, siempre y cuando la oferta sea la más favorable a la entidad

DOCUMENTOS DE CARÁCTER JURIDICO

- a. Carta de Presentación de la propuesta (ver Anexo 1)
- b. Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses en la que conste que el objeto social corresponde al objeto de la convocatoria
- c. Registro Único Tributario (RUT)
- d. Fotocopia Cedula de Ciudadanía Representante Legal
- e. Antecedentes disciplinarios, penales, fiscales
- f. Certificado expedido por el oferente de no encontrarse incurso de inhabilidades o incompatibilidades para contratar con el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y de conocer el nuevo MANUAL DE PROCEDIMIENTO INTERNO DE CONTRATACION (acuerdo 006 de mayo del 2014), publicado en la página web de la institución - www.hosdenar.gov.co.

6. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso de selección podrá declararse desierto en los siguientes casos:

- a) Cuando ninguna de las propuestas cumpla con los requerimientos de la solicitud simple de oferta
- b) Cuando no se presente ninguna oferta.
- c) Cuando se presenten motivos que impidan la escogencia objetiva.

En todos los casos la declaratoria de desierto deberá hacerse mediante comunicación motivada.

7. FORMA DE PAGO:

- a) El Hospital cancelará el valor del presente contrato de la siguiente manera:

En un solo pago previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato dentro de los cinco días siguientes a su radicación.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

- b) El cotizante deberá tener en cuenta que a la eventual orden de compra, aplican descuentos por concepto de estampillas Pro-Desarrollo del Departamento por el 2.0% Estampillas - Pro cultura por el 2.0% y Estampillas Pro Desarrollo Universidad de Nariño por el 0.5% del valor de la orden antes de IVA y demás impuestos y contribuciones que apliquen.
8. **VALIDEZ DE LA OFERTA:** Mínimo 30 días contados a partir de la entrega de la Cotización u Oferta.
9. **PLAZO DEL CONTRATO:** Será desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta la vigencia de cada soat

10. CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

ACTIVIDAD	FECHA	LUGAR
Publicación de la presente solicitud	27 de marzo de 2017	Página web del hospital www.hosdenar.gov.co y SECOP
Entrega de oferta	28 de marzo de 2017 HORA: 5:00 P.M	Subgerencia Administrativa y Financiera
Publicación de la Evaluación	29 de marzo de 2017	Página web del hospital www.hosdenar.gov.co y SECOP
Subsanación	30 de MARZO de 2017 hasta las 5: 00 pm	Oficina Jurídica
Acta de selección de acuerdo al comité de contratación	30 de MARZO de 2017	Sala de juntas
Elaboración de contrato	Dos días siguientes al acta de selección	Oficina Jurídica

11. **FECHA LÍMITE DE PRESENTACION DE OFERTA:** Hasta el día 28 DE MARZO 2017 - HORA 5:00 p.m., de acuerdo a cuadro anterior y acreditando los requisitos que se relacionan a continuación:
12. **LUGAR PRESENTACION DE OFERTA :** La oferta debe presentarse en sobre cerrado a la Subgerencia Administrativa y Financiera - primer piso del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. - Calle 22 No. 7-93 Parque Bolívar, especificando en el sobre el número de solicitud a ofertar de acuerdo con la información del encabezado de esta solicitud y acreditando los requisitos que se relacionan a continuación para los proveedores residentes en la ciudad, en la hora y fecha establecida en este documento, para los proveedores fuera de San Juan de Pasto.

13. RECHAZO DE LAS OFERTAS





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

Las propuestas que no se entreguen en la Subgerencia Administrativa y Financiera del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE o se remitan al correo electrónico señalado, en la fecha y hora fijadas se considerarán extemporáneas por lo tanto serán rechazadas y devueltas al proponente en las mismas condiciones en que fueron recibidas. A ese efecto, se tendrá en cuenta la hora señalada en la página Web de la Superintendencia de Industria y Comercio – Hora Legal.

Serán objeto de rechazo las propuestas cuya oferta económica supere el presupuesto oficial previsto.

Serán objeto de rechazo, las propuestas que se presenten sin tener previstas las especificaciones técnicas, contempladas en el presente documento y no se allegue los documentos solicitados.

IMPORTANTE:

En caso de quedar una sola cotización, para evaluar se aplicará la ponderación contra el presupuesto oficial.

14. EVALUACION DE LA OFERTAS

Las ofertas presentadas se evaluarán, aplicando el siguiente criterio:

Criterio a evaluar	Total de puntos
Precio de oferta	100 puntos
TOTAL PUNTAJE ASIGNADO	puntos

15. PROCEDIMIENTO DE PONDERACIÓN

PRECIO DE OFERTA POR PRODUCTO:

A la oferta que presente el menor precio sobre el ítem evaluado de esta convocatoria, se le asignará el mayor puntaje, es decir, cien (100) puntos, para la valoración de las demás ofertas se aplicará la siguiente fórmula:

$$PPP = (OMV * 100) / VP$$

Donde:

PPP = Puntaje de precio por producto ofertado
OMV = Precio de la Oferta Menor Valor
VP = Valor Propuesta.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

Las ofertas serán objeto de análisis y evaluación por parte del Gerente y de los funcionarios del área requirente, y se seleccionara objetivamente la propuesta que más se ajuste a las necesidades del Hospital.

Una vez se establezca cual es la propuesta con el precio más bajo, se procederá a verificar el cumplimiento de los requisitos habilitantes jurídicos y técnicos establecidos en la invitación.

En caso de que este no cumpla con los mismos, procederá la verificación del proponente ubicado en segundo lugar y así sucesivamente. De no lograrse la habilitación, se declarará desierto el proceso.

Para tal efecto el proponente deberá presentar en su propuesta económica, conforme lo indique la invitación del presente proceso, para lo anterior se anexa **FORMATO PROPUESTA ECONOMICA**. La adjudicación del contrato se hará por el valor total de la propuesta seleccionada.

Las condiciones establecidas en esta solicitud son las mínimas de las cuales el oferente o cotizante debe someterse. Aquel o aquellos que no se ajusten a los mínimos o máximos señalados en este documento serán descartados en el proceso de evaluación.

16. DESEMPATE

Para la eventualidad de empate en puntos se elegirá mediante sorteo, en audiencia pública a través del sistema de balotas. Para ello se introducirán a un recipiente tantas balotas como propuestas empatadas hubiere, a continuación cada uno de los representantes de los oferentes empatados como mejor oferta, en el orden de radicación de la propuesta, procederá a extraer de dicho recipiente una sola balota adjudicándose el contrato al proponente que extraiga la balota definida como opción ganadora la cual corresponde a la balota de color anaranjado.

17. EROGACIONES TRIBUTARIAS Y PUBLICACIÓN

Todas las erogaciones tributarias que deban cancelarse con ocasión de la celebración del contrato u orden de compra, serán exclusivamente a cargo del contratista. Los impuestos territoriales por concepto de estampillas asciende al 4.5% del valor del contrato.

18. REGIMEN APLICABLE:

La presente solicitud a cotizar y proceso de contratación se rige por lo dispuesto en el Estatuto Interno de Contratación adoptado mediante acuerdo 06 del 23 de mayo de 2014 de la Junta Directiva.

JAIME ARTEAGA CORAL
Gerente (E.)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

Revisó: Sara Cristina Caicedo - Asesora Jurídica
Revisó: Dra. Sylvia Rengifo Muñoz - Profesional Especializado





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

**ANEXO 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA**

Ciudad, fecha

Doctor
JAIME ARTEAGA CORAL
Gerente (E)
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
La ciudad

Ref.: SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS _____ objeto:

El presente escrito tiene por objeto presentar la cotización para el suministro de los productos correspondientes a la solicitud simple de ofertas _____ de acuerdo con los términos y condiciones y de conformidad con lo establecido en este documento y los anexos de la propuesta adjunta.

Así mismo, el suscrito declara que:

Tiene capacidad legal para firmar y presentar la cotización.

El o los contratos que se llegare a celebrar en caso de adjudicación, comprometo totalmente a la sociedad que legalmente represento.

He revisado cuidadosamente los documentos de la solicitud, incluidas sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de los mismos.

La sociedad que legalmente represento no está impedida por causa de inhabilidades y/o incompatibilidades establecidas en las leyes colombianas para contratar con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

He recibido toda información necesaria para presentar debidamente la cotización.

En la eventualidad de que sea adjudicada la solicitud en referencia, 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.

Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, acuerdo No. 006 de 2014 proferido por la Junta Directiva del Hospital.

Que conozco el código de buen gobierno y código de ética del Hospital Universitario Departamental de Nariño



AK



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

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

Aceptamos las condiciones de recepción técnica y administrativa de los productos suministrados.

Valor Total de la propuesta (incluido valor del IVA): \$

Validez de la oferta:

No. de folios Propuesta:

Atentamente,

(Nombre Completo del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma proponente)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

ANEXO 2

FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA

OBJETO: SUMINISTRO DE SEGURO OBLIGATORIO, PARA EL PARQUE AUTOMOTAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

NO.	MARCA	PLACA	MODELO	CC	VTO SOAT	VALOR
1	RENAULT	OAK184	2006	2000	13/04/2017	
2	TOYOTA	OHK486	2001	4500	26/09/2017	
3	AGRALE	OAK216	2008	4300	19/11/2017	
4	IVECO	OAK209	2008	2800	21/12/2017	
5	FORD	OAK297	2014	2000	29/05/2017	
6	NISSAN	OAK296	2014	2400	29/05/2017	
7	RENAULT	OAK307	2015	2000	23/04/2017	
8	RENAULT	OAK309	2015	2300	03/06/2017	
9	HINO	OAK334	2017	5100	30/03/017	
	VALOR TOTAL					

VALOR TOTAL DE LA OFERTA EN LETRAS

Atentamente,

(Nombre Completo del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma proponente)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax



