



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



SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS ABA.SP- 0123,2018

DE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
AREA: SUMINISTROS – RECURSOS FISICOS

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

PARA: PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS, EMPRESAS, ASOCIACIONES,  
CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES

FECHA: 4 DE SEPTIEMBRE DE 2018

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.

#### COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

En el evento de conocerse casos especiales de corrupción en las Entidades del Estado, se debe reportar el hecho al Programa Presidencial “Lucha contra la Corrupción”, a través de los números telefónicos (1) 560 10 95, (1) 565 76 49, (1) 562 41 28; vía fax al número telefónico: (1) 565 86 71; la línea transparente del programa, a los números telefónicos: 9800-91 30 40 - (1) 560 75 56; correo electrónico, en la dirección: [webmaster@anticorrupción.gov.co](mailto:webmaster@anticorrupción.gov.co); al sitio de denuncias del programa, en la página de internet: [www.anticorrupción.gov.co](http://www.anticorrupción.gov.co); correspondencia o personalmente, en la dirección Carrera 8 No. 7-27 – en la ciudad de Bogotá, D.C.

**OBJETO:** COMPRA DE RODILLOS EN TUBO DE ALUMINIO, VARILLA DE ACERO Y CON RODAMIENTOS QUE PERMITAN UN FACIL DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO DE CAMA A CAMILLA.

| DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS                                                                                                                                                                               | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|
| RODILLO PARA TRASLADO O MOVILIZACION DE PACIENTES CON RODAMIENTOS QUE PERMITAN FACIL DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE, MATERIAL RIGIDO Y RECUBIERTO EN MATERIAL IMPERMEABLE DE FACIL LIMPIEZA Y ALTA DURACION COLOR NEGRO. | 2        | UNIDAD           |

#### 1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA.

- Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en esta contratación.
- Participar y apoyar al Hospital en todas las reuniones a las que éste lo convoque relacionadas con la ejecución de esta contratación.

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) \*mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)





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



- C) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto de la presente contratación.
- D) 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.
- E) 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
- F) Utilizar la imagen del HOSPITAL de acuerdo con los lineamientos establecidos por éste. Salvo autorización expresa y escrita de las partes ningún funcionario, podrá utilizar el nombre, emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios o de cualquier otra índole. Realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondiente.

## 2. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO:

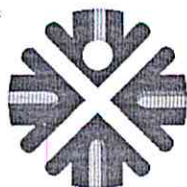
- A) Entregar oportunamente los elementos objeto del contrato.
- B) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en esta contratación.
- C) Participar y apoyar al hospital en todas las reuniones a las que este lo convoque relacionadas con la ejecución de esta contratación.
- D) 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.
- E) 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.
- F) Realizar los pagos al SISS (salud, pensión, riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondiente.
- G) Cumplir con las especificaciones técnicas de los productos solicitados en el objeto contractual.
- H) Cumplir con la disponibilidad y entrega de los productos dentro del tiempo ofertado y pactado en el eventual contrato.
- I) Las entregas deberán efectuarse en las instalaciones del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.
- J) El contratante podrá terminar unilateralmente el contrato terminada la vigencia fiscal, sin necesidad de haber agotado el monto presupuestal contratado.
- K) Todo producto debe facturarse por unidad de cotización, especificando claramente la prestación comercial ofertada.
- L) Con la presentación de la cotización, se mantiene que el oferente acepta de forma integral estas condiciones para participar en la presente solicitud y contratar según sea el caso, con el hospital.

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \*mail: hudn@hosdenar.gov.co



1



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



- M) El pago a proveedor se realizara de acuerdo con las condiciones pactadas en el momento de la presentación de la correspondiente oferta.
- N) Mantener los precios durante el tiempo que dure la ejecución del contrato.
- O) Presentar las facturas anexando los documentos exigidos por la Institución.
- P) La oferta presentada será inmodificable en el valor y sus condiciones, el contratista no podrá variar el valor ofrecido en detrimento del valor ofertado salvo acuerdo de las partes y en beneficio del objeto social del Hospital.

### 3. RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO:

- A) Modificación del régimen de impuesto aplicables
- B) Devaluación del dólar como moneda de referencia
- C) Fallas en la calidad de los bienes o servicios
- D) Riesgo de suspensión del contrato
- E) Riesgos humanos por accidentes.

### 4. 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.
- F) Las demás que correspondan a la naturaleza del contrato u orden de compra, de acuerdo a su naturaleza y objeto.

5. **PRESUPUESTO OFICIAL:** El presupuesto oficial total de esta solicitud asciende a la suma de: **NOVECIENTOS DIEZ Y SEIS MIL PESOS M/CTE** valor Incluido IVA. (\$916.000,00). Imputable al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 589 del 3 de septiembre de 2018.

### 6. FORMA DE PAGO:

El Hospital cancelará en un periodo aproximado de 60 días siguientes al recibo a satisfacción previa acta de ingreso de recibido a satisfacción por el supervisor de la orden de compra o contrato, salvo en aquellos que se pacte porcentaje de descuento por pronto pago.

El proveedor deberá tener en cuenta que para el TRAMITE DE PAGO el contrato u orden de compra deberá estar legalizado en su totalidad, al presentar la FACTURA ORIGINAL deberá adjuntar los documentos que se requieran para la entrega de acuerdo a los requisitos establecido en la presente solicitud, además de anexar Certificado de Seguridad Social o

*Juntos por la Excelencia*





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



Planilla de Pago, correspondiente a la fecha de la factura. De lo contrario se hará la respectiva devolución mediante escrito.

El cotizante deberá tener en cuenta que a la eventual orden de compra y/ contrato, aplican descuentos por concepto de estampillas Pro-Desarrollo del Departamento por el 2.0% Estampillas – Procultura 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.

**7. VALIDEZ DE LA OFERTA:** 30 días contados a partir de la entrega de la Cotización u Oferta.

**8. PLAZO DEL CONTRATO:** Ocho (8) días hábiles una vez legalizado todos los requisitos

**9. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR CON LA COTIZACION**

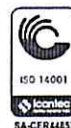
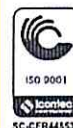
Los oferentes deberán presentar con su propuesta económica (ANEXO 2), los siguientes documentos, en caso de no presentarlos se requerirá al oferente por una sola vez y si no los presenta o no cumple con lo establecido en esta solicitud la propuesta será rechazada.

**9.1 REQUISITOS DE CAPACIDAD JURIDICA:**

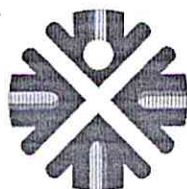
- a. Carta de Presentación de la propuesta (ver Anexo 1)
- b. Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses en la que conste que pueda desarrollar el objeto de la presente convocatoria, cuando se trata de persona jurídica.
- c. Registro Único Tributario (RUT)
- d. Fotocopia Cedula de Ciudadanía Representante Legal
- e. Fotocopia de la cedula de ciudadanía para presentación de propuesta por parte de persona natural
- f. Antecedentes disciplinarios del Representante Legal y de la empresa, penales, fiscales
- g. 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 ESTATUTO DE CONTRATACIÓN (Acuerdo 006 de mayo del 2014), publicado en la página web de la institución – [www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co).
- h. Certificado cuenta bancaria
- i. Planilla Seguridad Social vigente
- j. Verificación del Sistema de Medidas Correctivas
- k. Oficio de conocimiento y aceptación del anexo No. 3.
- l. Diligenciamiento formato SARLAF anexo No 4.
- m. Todos los documentos que se presenten en la presente solicitud, deberán ser foliados e indicar el total de folios en el anexo 1.

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) \*mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



2



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



## 10. CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

| ACTIVIDAD                                 | FECHA                                           | LUGAR                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PUBLICACIÓN SOLICITUD DE OFERTA           | 4 de septiembre de 2018                         | Página web del hospital <a href="http://www.hosdenar.gov.co">www.hosdenar.gov.co</a> y SECOP                                                                                                                                     |
| PRESENTACION DE OFERTAS                   | 7 de septiembre de 2018<br><br>HORA: 10:00 A.M. | En medio físico en la urna ubicada en la Subgerencia Administrativa y Financiera del HUDN E.S.E. o correo electrónico <a href="mailto:documentacionhosdenar@gmail.com">documentacionhosdenar@gmail.com</a> - <u>Formato PDF.</u> |
| EVALUACION DE OFERTAS                     | 10 de septiembre de 2018                        | Oficina Jurídica                                                                                                                                                                                                                 |
| PUBLICACION DE LA EVALUACION              | 10 de septiembre de 2018                        | Página web del hospital <a href="http://www.hosdenar.gov.co">www.hosdenar.gov.co</a> y SECOP                                                                                                                                     |
| SUBSANABILIDAD DE REQUISITOS HABILITANTES | 11 de septiembre de 2018 hasta las 4:00 pm      | Subgerencia Administrativa y Financiera o a los correos:<br><br><a href="mailto:schavez@hosdenar.gov.co">schavez@hosdenar.gov.co</a> /<br><a href="mailto:eamafla@hosdenar.gov.co">eamafla@hosdenar.gov.co</a> /                 |
| Publicación definitiva                    | 12 de septiembre de 2018                        | Cuadro comparativo                                                                                                                                                                                                               |

**11. FECHA LÍMITE DE PRESENTACION DE OFERTA:** Hasta el día VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE HORA 10:00 AM, de acuerdo al cronograma.

## 12. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO DE SELECCIÓN

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

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

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

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) \*mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



**13. 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, en la hora y fecha establecida en este documento.

#### 14. RECHAZO DE LAS OFERTAS

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.

#### 15. EVALUACION DE LAS OFERTAS

Las ofertas presentadas se evaluarán, aplicando el siguiente criterio:

| Criterio a evaluar            | Total de puntos |
|-------------------------------|-----------------|
| Precio de oferta              | 100 puntos      |
| <b>TOTAL PUNTAJE ASIGNADO</b> | <b>puntos</b>   |

#### PROCEDIMIENTO DE PONDERACIÓN

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:

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

Dónde:

*Juntos por la Excelencia*



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



PPP = Puntaje de precio  
OMV = Precio de la Oferta Menor Valor  
VP = Valor Propuesta

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, a pesar del requerimiento para que lo allegue dentro del término prudencial, la entidad 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.

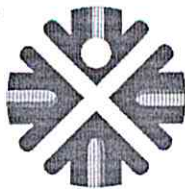
## 17. EROGACIONES TRIBUTARIAS Y PUBLICACIÓN

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.

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \* mail: hudn@hosdenar.gov.co





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



**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 ALBERTO ARTEAGA CORAL**  
Gerente

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

Aprobó: Jorge Bautista Durán – Jefe Oficina Jurídica

Revisó: María Elizabeth Llanos Erazo – Profesional Especializado Recursos Físicos

Proyectó: Salome Chávez Jaramillo – Auxiliar Administrativa Recursos Físicos *S. Chavez*

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \* mail: hudn@hosdenar.gov.co





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



## ANEXOS

### ANEXO 1

San Juan de Pasto,

Doctor:

**JAIME ALBERTO ARTEGA CORAL**

Gerente (E)

Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

La ciudad

Ref.: (Nombre de Invitación a Cotizar)

El presente escrito tiene por objeto presentar la cotización para el SUMINISTRO E INSTALACION DE SISTEMA DE OSMOSIS INVERSA PARA PRODUCCION DE 330 LITROS DE AGUA POR HORA, para la vigencia 2018 Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., de acuerdo con los términos y condiciones de la solicitud y de conformidad con lo establecido en este documento y los anexos de la propuesta adjunta.

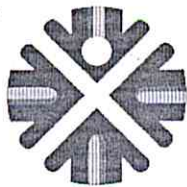
Así mismo, el suscrito declara que:

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

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \* mail: hudn@hosdenar.gov.co





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



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 sesenta (60) días, 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. 006 de 2014 proferido por la Junta Directiva del Hospital.
9. Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.
10. Que conozco y acepto el anexo No. 3.
11. Valor de la cotización: \$

Atentamente,

(Nombre del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma cotizante)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \* mail: hudn@hosdenar.gov.co





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



**Juntos**  
por la excelencia

**ANEXO 2**

**FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA**

**OBJETO:**

| DESCRIPCION | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO | VALOR INCLUIDO IVA |
|-------------|----------|------------------|----------------|--------------------|
|             |          |                  |                |                    |
|             |          |                  |                |                    |
|             |          |                  |                |                    |
|             |          |                  |                |                    |

(Nombre Completo del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma proponente)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Conmutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
www.hosdenar.gov.co \*mail: hudn@hosdenar.gov.co



|                                                                                                                                                                           |                                                |           |                         |                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE MARICAÑO E.S.E.</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:   | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                           |                                                | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                           |                                                | VERSIÓN:  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                           |                                                | 03        | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                           |                                                |           |                         |                                                                                                                         |

**DESCRIPCION DE PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO  
Y MEDIO AMBIENTE DEFINIDOS PARA ANEXAR A LOS DOCUMENTOS CONTRACTUALES DE  
LOS CONTRATISTAS**

Todo contratista del Hospital debe cumplir con las siguientes condiciones, según le aplique de acuerdo con la modalidad de contrato y con las condiciones o limitaciones que en este se establezcan:

**1. FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

- Socializar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente (si se encuentra establecido) y Calidad de la empresa contratista y Hospital, conservar registros y enviar copia de los mismos a las oficinas responsables de cada proceso al interior del HUDN.
- Todos los contratistas bajo cualquier modalidad de contrato deben garantizar el conocimiento y realizar la difusión a sus empleados de los temas relacionados a la prevención de sus riesgos prioritarios y conservar los registros correspondientes
- Participar de carácter obligatorio en las actividades de sensibilización en Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente, Calidad y S.O.G.C.S programadas por el Hospital, llevar registros propios de la asistencia a estas actividades en caso de ser requeridos por el HUDN.
- Sensibilizar y dar formación al personal en los aspectos e impactos ambientales relacionados con las actividades que desarrolla.
- Sensibilizar y dar formación al personal en Identificación de Peligros Evaluación de Riesgos y Determinación de Controles relacionados con su actividad económica y áreas a intervenir dentro del hospital.
- Socializar las Tarjetas de Emergencia y Hojas de Seguridad de las sustancias químicas utilizadas en el desarrollo de sus labores.
- Participar de las capacitaciones y prácticas de respuesta ante emergencias, formación en primeros auxilios, manejo de extintores, transporte de pacientes, evacuación y rescate y participar en los simulacros programados por el HUDN y realizar de manera activa simulacros al interior de su empresa, conservando los registros en caso de ser requeridos por el Hospital.
- Todo contratista debe sensibilizar periódicamente a sus empleados con respecto a las normas internas del Hospital para el uso eficiente de los recursos que se requieran para ejecutar las actividades objeto del contrato.

|                                                                                                                                                                        |                                                |               |                         |                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:       | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACION<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                        |                                                | ANJUR-001     | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                        |                                                | VERSIÓN:      | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                        |                                                | 03            | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                        |                                                | HOJA: 2 DE: 9 |                         |                                                                                                                         |

- Demostrar las competencias del personal de acuerdo a la tarea específica de ejecución.

## 2. CONTROLES OPERACIONALES

Para lograr un control adecuado de los aspectos ambientales y de los peligros ocupacionales asociados al desarrollo de las actividades del contratista, este debe cumplir las indicaciones que se establecen para las buenas prácticas de control que se describen a continuación, a través de la implementación procedimientos acordes a la naturaleza de los riesgos.

### 2.1 Manejo Integral de Residuos

- Separación en la fuente de residuos utilizando adecuadamente los recipientes ubicados en las diferentes áreas del hospital, guiándose por la señalización y rotulado de estos.
- En los lugares donde se almacenen residuos líquidos de origen peligroso deben mantener diques o barreras de protección de desagües, tarjetas de emergencia y material absorbente para atención de derrames.
- No arrojar residuos sólidos, ni líquidos a los drenajes.
- Llevar el registro definido por el HUDN de las cantidades de residuos discriminando los peligrosos de los no peligrosos y los aprovechables de los no aprovechables.
- Mantener señalizados, ordenados y aseados los sitios de almacenamiento de residuos, según su naturaleza o destino.
- Evitar arrojar solventes, combustibles o sustancias químicas peligrosas a los drenajes.
- Entregar los residuos separados en los horarios y frecuencias establecidas en el hospital.
- Elaborar y presentar al supervisor o interventor el procedimiento de manejo y disposición de residuos especial o peligrosos que generan sus actividades, el cual puede ser independiente o integrado al manejo del hospital (Hospitalarios, sustancias químicas, solventes sucios, aceites gastados, baterías gastadas, residuos de derrames entre otros).

### 2.2 Manejo Seguro de Sustancias Químicas

- Mantener un inventario de las sustancias químicas o productos químicos utilizados en el desarrollo de las actividades dentro del hospital y entregarlo al área de gestión ambiental. Para ello utilizar el formato del hospital: Inventario de Sustancias Químicas MAAMB-003

|                                                                                                                                                                         |                                                |               |                         |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:       | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                         |                                                | ANJUR-001     | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | VERSIÓN:      | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | 03            | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | HOJA: 3 DE: 9 |                         |                                                                                                                         |

- Coordinar con el área de gestión ambiental el control de los productos químicos que ya tienen un manejo dentro del inventario del hospital.
- Mantener disponibles en el lugar donde se encuentren estos productos las Tarjetas de Emergencia y Hojas de Seguridad.
- Señalizar y rotular las áreas y los recipientes que contengan productos químicos siguiendo los lineamientos dispuestos en el PROGRAMA MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS PGAMB-004.
- Revisar las condiciones de transporte de productos químicos solicitados por el contratista y dejar registro. Esta actividad puede realizar en coordinación con los procedimientos establecidos en el Hospital utilizando los formatos definidos.
- Se encuentra prohibido hacer uso de sustancias químicas consideradas como peligrosas para actividades de limpieza o desinfección que atenten contra la salud y el medio ambiente, sin previo aviso a la oficina de Gestión Ambiental.
- Reportar cualquier incidente o accidente de sustancias o productos químicos a las áreas de gestión ambiental y/o Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Si utiliza cilindros de gas comprimido, estos deben estar cargados contra caídas, con las válvulas protegidas con capucha, alejados de fuentes de calor, debidamente rotulados con la condición de llenado (lleno/vacío), pictograma de peligrosidad y tarjeta de emergencia ubicada cerca, los vacíos separados de los llenos. Esta condición aplica para el almacenamiento, transporte y manipulación de cilindros. Para completar las condiciones de seguridad el contratista debe solicitar esta información al área de gestión ambiental.
- Documentar prácticas de respuesta ante emergencias por sustancias químicas coherentes con las practicas definidas en el Hospital dentro del plan de emergencias o demostrar el conocimiento de los procedimientos del hospital (Fugas de gas, derrames de sustancias o combustibles, intoxicación alimentaria).

**2.3 Control de Vertimientos:** El objetivo es minimizar el impacto ambiental al recurso hídrico a través del cumplimiento de la normatividad ambiental vigente y de los procedimientos establecidos en el hospital.

- Utilizar detergentes o agentes de limpieza con alto nivel de biodegradabilidad, manteniendo disponible en el punto de uso la ficha técnica y tarjeta de emergencia del producto y enviar copia de éstas al área de gestión ambiental.

**2.4 Orden y Aseo:** Esta práctica tiene el propósito de minimizar los incidentes y accidentes, la contaminación visual y mejorar la productividad.

|                                                                                                                                                                         |                                                |           |                         |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE HARING E.S.C.</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:   | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                         |                                                | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                |           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | VERSIÓN:  | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | 03        | HOJA: 4 DE: 9           |                                                                                                                         |

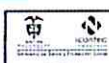
- Establecer un programa de orden y aseo al interior de la empresa contratista, implementarlo y mantenerlo al ejecutar el objeto del contrato dentro del HUDN.
- Acogerse a evaluaciones periódicas, según sea la duración del contrato, y dar cumplimiento a las recomendaciones que se emitan de estas evaluaciones.

**2.5 Uso de Recursos:** Estas prácticas tienen el objeto de fomentar la protección de los recursos naturales a través de un uso racional de los recursos.

- Cualquiera que sea el recurso natural que utilice el contratista, debe demostrar la adquisición legal de éstos y control sobre los proveedores a través de la exigencia del cumplimiento de requisitos legales en relación a licencias y permisos de explotación de los recursos y calidad de los mismos (madera, agregados, productos químicos, combustibles, energía y agua entre otros)
- Llevar los registros sobre las cantidades de recursos adquiridos y/o consumidos y de la calidad de los mismos en el caso de combustibles.
- Evaluar los consumos, identificando desviaciones con respecto al uso racional de los recursos y tomar los correctivos necesarios.

#### **2.6 Elementos de Protección Personal**

- Todo contratista debe garantizar la entrega y reposición de elementos de protección personal en cantidad y calidad necesaria en función de los riesgos identificados y según la actividad que esté desarrollando.
- Conservar registro de la entrega de los EPI, con la debida inducción sobre uso adecuado y mantenimiento.
- Realizar periódicamente inspecciones sobre el uso y conservación de los elementos de protección individual entregados.
- Se deben establecer procedimientos de trabajo seguro de acuerdo a las actividades a ejecutar al interior del HUDN, los cuales deben contener que EPI debe utilizarse, responsable del seguimiento de la actividad, permiso de trabajo firmado por responsable (si corresponde a una actividad de alto riesgo), en caso de no cumplir con lo dispuesto en el procedimiento o de verificar por parte del HUDN la existencia de un riesgo o incumplimiento de uso de EPI, la organización tiene la autónoma de suspender la actividad antes o durante su ejecución por medio de cualquier funcionario o la oficina de SST directamente.

|                                                                                                                                                                         |                                                |           |                         |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.C.</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:   | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                         |                                                | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                |           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | VERSIÓN:  | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | 03        | HOJA: 5 DE: 9           |                                                                                                                         |

## 2.7 Inspección de Seguridad. El contratista,

- Según aplique en cuanto al tipo y duración del contrato, deberá tener un programa de inspecciones planeadas donde se defina su periodicidad, la cual será definida por la empresa contratista, sin embargo el HUDN esta en la autonomía de realizar inspecciones planeadas o no planeadas de acuerdo a lo establecido por la organización, las cuales estarán encaminadas a identificar condiciones y actos inseguros en el área donde se desempeña la actividad.
- Debe realizar el respectivo informe que contenga las correcciones tomadas sobre los hallazgos encontrados y el plan de acción con sus respectivos tiempos de ejecución y responsables.
- Debe conservar copia ó original de la lista de chequeo o formato de inspección, plan de acción e informe con soportes del cumplimiento de los correctivos tomados en el momento de que el HUDN los requiera.

## 2.8 Estándares de Seguridad

- Los contratistas deben tener identificadas las actividades de alto riesgo desarrolladas al interior del Hospital para lo cual deberá contar con programas direccionados al control de las mismas que incluyan permisos de trabajo y procedimientos de trabajo seguro firmados por personas idóneas en dichas actividades, los cuales deberán reposar en la oficina de la empresa contratista y de ser requeridos por el HUDN deberán ser presentados al momento de ser solicitados.

## 2.9 Accidentes de Trabajo

- Los contratistas deben tener una metodología establecida para el reporte e investigación de incidente y accidente de trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia, la cual refiere que tanto la empresa contratante y contratista deben realizar la investigación del evento (Accidente o incidente) por lo tanto el contratista deberá informar de manera inmediata sobre los accidentes que ocurran durante el cumplimiento de sus funciones al interior del HUDN. Posterior a ello deberá dar cumplimiento al procedimiento de investigación de accidentes de trabajo establecido por el contratista. Con el fin de realizar seguimiento por parte del HUDN el contratista deberá remitir copia del cumplimiento de las recomendaciones derivadas de la investigación del accidente al día siguiente de su cumplimiento.

## 2.10 Seguridad y Salud en el Trabajo

Requerimientos en SST para contratistas, antes de firmar el contrato

|                                                                                                                                                                        |                                                |               |                         |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:       | FECHA DE ELABORACIÓN:   |  |
|                                                                                                                                                                        |                                                | ANJUR-001     | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                        |                                                | VERSIÓN:      | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                        |                                                | 03            | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                        |                                                | HOJA: 6 DE: 9 |                         |                                                                                     |

1. Persona responsable del SGSST que cuente con licencia en SST vigente o certificado de 50 horas en formación en SST para ejecución del SGSST.
2. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
3. Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.
4. Soportes de Convocatoria, conformación y elección del COPASST con sus respectivas actas de reunión mensual a partir de la fecha de conformación.
5. Certificados Medico Laborales.
6. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
7. Afiliación Seguridad Social (EPS, ARL y AFP)
8. Cronograma de Actividades del SGSST Firmado por Representante Legal
9. Elementos de primeros Auxilios. (Botiquín, camilla rígida).
10. Trabajos de Alto Riesgo: Cualquier contratista que requiera ejecutar actividades de alto riesgo como el trabajo en alturas, en espacios confinados, uso y manejo de plaguicidas o sustancias químicas, energía peligrosa, trabajos en caliente, debe aplicar legislación vigente exigida para la ejecución de este tipo de trabajos con sus respectivos soportes o licencias que acrediten la idoneidad para ejecutar la labor.
11. El contratista deberá demostrar la idoneidad de sus trabajadores de acuerdo a la actividad definida en su contrato laboral de acuerdo a la naturaleza de la organización, presentado los soportes requeridos como:
  - a. Certificado de trabajo seguro en alturas actualizado
  - b. Certificado de Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas
  - c. Certificado o asistencia de capacitación sobre espacios confinados
  - d. Certificado de examen Psicofísico para porte de arma (empresa de seguridad)
  - e. Programa de Protección Contra Caídas cuando se genere actividades por encima de 1.50 metros de altura.
12. Para los desplazamientos que se deban realizar en vehículos motorizados o no motorizados por el personal contratista al interior del HUDN, la empresa debe demostrar el cumplimiento del Plan estratégico de seguridad vial de acuerdo a la Resolución 1565 de 2014.
13. En caso de actividades que requieran el uso de andamios o escaleras, esta deberán ser certificados por personas competentes en el área o el proveedor que los suministró.
14. Procedimiento para seguimiento de Contratistas, Proveedores, Compras.

Requerimientos en SST para contratistas posterior a su ingreso, una vez firmado el contrato.

- Informar con anticipación, a Seguridad y Salud en el Trabajo, cada vez que ingrese un trabajador.
- Presentar el nuevo trabajador: Examen laboral de ingreso, Afiliación a su ARL, Acta de Entrega de elementos de Protección personal, evidencia del proceso de inducción.

|                                                                                                                                                                          |                                                |           |                         |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE MARICAÑO E.S.C</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:   | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                          |                                                | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                          |                                                |           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                          |                                                | VERSIÓN:  | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                          |                                                | 03        | HOJA: 7 DE: 9           |                                                                                                                         |

- Remitir certificado de pago se Seguridad Social de manera mensual.

### 2.11 Emergencias

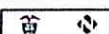
- Todos los contratistas deberán conocer el plan de emergencias que tiene el Hospital para atender eventos de este tipo tanto de origen interno como externo.
- Asegurar que los trabajadores conozcan las rutas de evacuación, las salidas de emergencia, los puntos de encuentro y conocimiento de las personas que hacen parte de la Brigada para dar respuesta ante emergencias.
- De igual manera deberán contar con la siguiente información: Plan empresarial de emergencias que contemple:
  - a. Análisis de Amenazas
  - b. Inventario de Recursos
  - c. Análisis de Vulnerabilidad
  - d. Plan de Acción: emergencias específicas, alturas, espacios confinados y eléctricos.
  - e. Preparación y ejecución ejercicio de simulacro.
  - f. Plan de emergencias por derrame de productos químicos siempre y cuando hagan uso de alguna sustancia que genere riesgo.

### 2.12 Señalización y Demarcación

- Cada vez que aplique el contratista deberá utilizar señales de advertencia de peligros y de normatividad en seguridad y medio ambiente a cumplir por sus trabajadores o cualquier persona que ingrese al área donde se desarrollan las actividades.
- Igualmente deberá demarcar áreas de circulación, almacenamiento, operación de equipos y otras que se consideren necesarias para la seguridad de las personas durante la ejecución de sus actividades.

### 2.13 Mantenimiento Preventivo y Correctivo

- Según aplique el contratista deberá tener un plan de mantenimiento preventivo para maquinas, equipos, herramientas, dispositivos de control de la contaminación, recursos de atención de emergencias y demás elementos que lo requieran y que se utilicen dentro del área de ejecución del objeto del contrato, con el propósito de prevenir consecuencias que podrían resultar del uso inadecuado y en mal estado de cualquier elemento de trabajo.
- Se deben conservar los registros de ejecución este plan de mantenimiento por la empresa contratista en cuanto a sus equipos, herramientas y elementos de protección individual en caso de ser requeridos por el HUDN.

|                                                                                                                                                                        |                                                |               |                         |                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:       | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                        |                                                | ANJUR-001     | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                        |                                                | VERSIÓN:      | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                        |                                                | 03            | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                        |                                                | HOJA: 8 DE: 9 |                         |                                                                                                                         |

### 3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

#### 3.1 Jornadas y recargos

- El contratista deberá respetar la jornada máxima de trabajos establecida por la legislación Colombiana.
- Igualmente deberá remunerar, de acuerdo con la ley, los recargos por trabajos en tiempo extra a la jornada laboral, o por actividad en horarios nocturnos y festivos.
- El Hospital vigilara, al igual que todas las exigencias de este anexo, el cumplimiento de este requisito con especial cuidado, para lo cual se basara en los registros de asistencia a la jornada laboral y desprendibles de pago.

#### 3.2 Seguridad Social Integral

- Todo contratista debe demostrar vigencia en los pagos a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, los primeros 10 días de cada mes de la totalidad de sus empleados o de manera individual según aplique.

#### 3.3 Exámenes Médicos

- Los empleados de contratistas e independientes deben acreditar exámenes médicos de ingreso antes de iniciar la actividad, los cuales deben estar en función del tipo de actividad y del riesgo asociado, igualmente al egreso.

#### 3.4 Estadísticas

- El contratista deberá tener registro de la estadística de accidentes de trabajo por lo menos de dos años anteriores, incluidos indicadores como frecuencia, índice de lesión Incapacitante e índice de severidad con su respectivo análisis y si es el caso acciones correctivas y seguimiento de las mismas. El registro del año en curso deberá ser remitido dentro de los 5 días al iniciar mes a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo del HUDN.

#### 3.5 Trabajos nocturnos

- Cuando sea necesario realizar trabajos en jornada nocturna, el contratista debe identificar, evaluar y difundir los peligros y tipos de emergencia, suministrar los elementos de protección personal y demás disposiciones de seguridad y salud en el trabajo para los trabajos a realizar.
- Los trabajadores que se asignen a trabajos nocturnos se les debe evaluar su estado de salud periódicamente por medicina laboral con el fin de identificar posibles afecciones en su

|                                                                                                                                                                         |                                                |           |                         |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE MARICAO E.S.E</small> | <b>ANEXO TÉCNICO<br/>PARA<br/>CONTRATACIÓN</b> | CÓDIGO:   | FECHA DE ELABORACIÓN:   | <br><b>ACREDITACIÓN<br/>EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                         |                                                | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012  |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                |           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | VERSIÓN:  | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 |                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                | 03        | HOJA: 9 DE: 9           |                                                                                                                         |

estado de salud, realizar seguimiento de los mismos y asesorarlos sobre la manera de evitar problemas de salud relacionados con su trabajo.

- Se deberá informar a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo o Emergencias sobre las actividades a desarrollar en horario nocturno cuando estas sean consideradas de alto riesgo o correspondan a actividades no rutinarias generadas por el contratista.

#### 4. REQUISITOS ADICIONALES

- A criterio del área de Gestión de Calidad, se podrá solicitar, a través de oficio o durante las auditorias de segunda parte, el cumplimiento de estándares de calidad necesarios para el mantenimiento del S.U.A y/o del SIGC - HSEQ.
- Estar en disposición de recibir auditorias de segunda parte, programadas por el HUDN, de manera concertada para evaluar el cumplimiento de requisito y o disposiciones reglamentarias.

|                                                                                             |                                          |                                      |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <p>Realizado por:<br/>PROFESIONAL ESPECIALIZADO<br/>SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br/>TRABAJO</p> | <p>Revisado Por:<br/>ASESOR JURIDICO</p> | <p>Aprobado por:<br/>GERENTE (E)</p> | <p>30-12-2016<br/>Fecha de<br/>aprobación</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                                                 |                                                 |               |                         |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT</b> | CÓDIGO:       | FECHA DE ELABORACIÓN:   |  |
|                                                                                 |                                                 | FRTES - 011   | 15 DE MARZO DE 2018     |                                                                                    |
|                                                                                 |                                                 | VERSIÓN:      | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |                                                                                    |
|                                                                                 |                                                 | 01            | 15 DE MARZO DE 2018     |                                                                                    |
|                                                                                 |                                                 | HOJA: 1 DE: 2 |                         |                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                   |    |      |                               |  |             |  |               |  |                   |  |             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|-------------------------------|--|-------------|--|---------------|--|-------------------|--|-------------|--|
| Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. |    |      |                               |  |             |  |               |  |                   |  |             |  |
| Fecha de diligenciamiento                                                                                                                                                         |    |      | Tipo de Cliente o Contraparte |  |             |  |               |  | Tipo de Solicitud |  | Consecutivo |  |
| DD                                                                                                                                                                                | MM | AAAA | Cliente                       |  | Contratista |  | Prestador IPS |  | Proveedor         |  | Otro        |  |
|                                                                                                                                                                                   |    |      |                               |  |             |  |               |  |                   |  |             |  |
|                                                                                                                                                                                   |    |      |                               |  |             |  |               |  |                   |  |             |  |
| Ciudad                                                                                                                                                                            |    |      | Regional                      |  |             |  | Zonal         |  |                   |  |             |  |

|                        |  |                  |                     |               |                     |                |                     |                   |    |           |                        |                   |  |
|------------------------|--|------------------|---------------------|---------------|---------------------|----------------|---------------------|-------------------|----|-----------|------------------------|-------------------|--|
| I. INFORMACIÓN GENERAL |  |                  |                     |               |                     |                |                     |                   |    |           |                        |                   |  |
| PERSONA NATURAL        |  |                  |                     |               |                     |                |                     |                   |    |           |                        |                   |  |
| Primer Apellido        |  | Segundo Apellido |                     | Primer Nombre |                     | Segundo Nombre |                     | Tipo de documento |    |           |                        | N° Identificación |  |
|                        |  |                  |                     |               |                     |                |                     | CC                | CE | TI        | PAS                    | CD                |  |
| Lugar de expedición    |  |                  | Fecha de expedición |               | Lugar de nacimiento |                | Fecha de nacimiento |                   |    | Dirección |                        |                   |  |
|                        |  |                  | DD MM AAAA          |               |                     |                | DD MM AAAA          |                   |    |           |                        |                   |  |
| Teléfono               |  | Celular          |                     | Ciudad        |                     | Departamento   |                     | Profesión         |    |           | Ocupación (código CIU) |                   |  |
|                        |  |                  |                     |               |                     |                |                     |                   |    |           |                        |                   |  |

|                                             |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Responda sí o no a las siguientes preguntas |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| ¿Administra recursos públicos?              |  | ¿Tiene reconocimiento público? |  | ¿Tiene grado de poder público? |  | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |  |  |  |  |  |  |
|                                             |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |

|                               |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
|-------------------------------|--|--------------|--|-----------|--|------------|--|------|--------------------|--------------------|--|--|
| PERSONA JURÍDICA              |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
| Razón Social                  |  |              |  |           |  | NIT        |  |      | Correo electrónico |                    |  |  |
|                               |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
| Tipo de sociedad:             |  | Anónima      |  | Limitada  |  | S.A.S.     |  | Otra |                    | ¿Cuál?             |  |  |
|                               |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
| Tipo de empresa:              |  | Privada      |  | Pública   |  | Mixta      |  |      |                    | Sin ánimo de lucro |  |  |
|                               |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
| Actividad económica principal |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
| Salud                         |  | Farmacéutico |  | Químico   |  | Industrial |  | Otro |                    | ¿Cuál?             |  |  |
|                               |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |
| Transportes                   |  | Servicios    |  | Comercial |  | Financiero |  |      |                    | Código CIU         |  |  |
|                               |  |              |  |           |  |            |  |      |                    |                    |  |  |

|                                       |  |  |  |          |  |         |  |        |  |              |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|----------|--|---------|--|--------|--|--------------|--|--|
| Descripción de la actividad económica |  |  |  |          |  |         |  |        |  |              |  |  |
| Dirección oficina principal           |  |  |  | Teléfono |  | Celular |  | Ciudad |  | Departamento |  |  |
|                                       |  |  |  |          |  |         |  |        |  |              |  |  |
| Dirección agencia o sucursal          |  |  |  | Teléfono |  | Celular |  | Ciudad |  | Departamento |  |  |
|                                       |  |  |  |          |  |         |  |        |  |              |  |  |

|                     |  |                  |           |               |  |                |  |                   |    |     |        |                   |  |
|---------------------|--|------------------|-----------|---------------|--|----------------|--|-------------------|----|-----|--------|-------------------|--|
| Representante Legal |  |                  |           |               |  |                |  |                   |    |     |        |                   |  |
| Primer Apellido     |  | Segundo Apellido |           | Primer Nombre |  | Segundo Nombre |  | Tipo de documento |    |     |        | N° Identificación |  |
|                     |  |                  |           |               |  |                |  | CC                | CE | PAS | CD     |                   |  |
| Lugar de expedición |  |                  | Dirección |               |  |                |  | Teléfono          |    |     | Ciudad |                   |  |
|                     |  |                  |           |               |  |                |  |                   |    |     |        |                   |  |

|                                             |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Responda sí o no a las siguientes preguntas |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |
| ¿Administra recursos públicos?              |  | ¿Tiene reconocimiento público? |  | ¿Tiene grado de poder público? |  | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |  |  |  |  |  |  |
|                                             |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--------------|---------------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| 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) |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              | Responda sí o no a las siguientes preguntas |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
| Razón social o nombres y apellidos                                                                                                                                                |  | Tipo de documento | N° Documento | % de Participación                          | ¿Administra recursos públicos? |  | ¿Tiene reconocimiento público? |  | ¿Tiene grado de poder público? |  | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |  |
|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                   |  |                   |              |                                             |                                |  |                                |  |                                |  |                                                 |  |

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

| Nombres y apellidos | Tipo de documento | N° Documento | Principal o suplente | Responda sí o no a las siguientes preguntas |                                |                                |                                                 |
|---------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
|                     |                   |              |                      | ¿Administra recursos públicos?              | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |
|                     |                   |              |                      |                                             |                                |                                |                                                 |

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

|                            |                                    |                   |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Total activos \$           | Total pasivos \$                   | Patrimonio \$     |
| Ingresos mensuales \$      | Egresos mensuales \$               | Otros ingresos \$ |
| Concepto de otros ingresos | Información financiera a corte de: |                   |

III. INFORMACIÓN BANCARIA

| Tipo de Cuenta |         | Entidad Financiera | Sucursal | Teléfono |
|----------------|---------|--------------------|----------|----------|
| Corriente      | Ahorros |                    |          |          |
|                |         |                    |          |          |
|                |         |                    |          |          |

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

| Nombre | Teléfono | Dirección | Ciudad |
|--------|----------|-----------|--------|
|        |          |           |        |
|        |          |           |        |

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

| ¿Realiza negocios en moneda extranjera?                 | Tipo de transacciones |               |             |           |                   |                |       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------|-------------------|----------------|-------|
|                                                         | Importaciones         | Exportaciones | Inversiones | Préstamos | Pago de servicios | Transferencias | Otros |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                       |               |             |           |                   |                |       |
| ¿Cual?                                                  |                       |               |             |           |                   |                |       |
| Productos financieros en moneda extranjera              |                       |               |             |           |                   |                |       |
| Tipo de producto                                        | No. de producto       | Entidad       | 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.):
- 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.
- De manera irrevocable autorizo al HUDN E.S.E., 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.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Eximimos al HUDN E.S.E., sus representantes legales y administradores, 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.

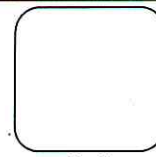
VII. DECLARACIONES ADICIONALES

- Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? SI ☐ No ☐
- La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Cilinton? SI ☐ No ☐
- Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Cilinton? SI ☐ No ☐

VIII. FIRMA Y HUELLO

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 o Representante Legal si es persona jurídica)



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

| Nombre de la persona que lo diligencia |       | Tipo de documento |  |    |  |     | Número de identificación |
|----------------------------------------|-------|-------------------|--|----|--|-----|--------------------------|
|                                        |       | CC                |  | CE |  | PAS |                          |
| Lugar de expedición                    | Firma |                   |  |    |  |     |                          |