

ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad, fecha

Doctora  
GLADYS MYRIAM SIERRA PÉREZ  
Gerente  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
La Ciudad

Ref.: PROCESO No. .2020 -  
Objeto:

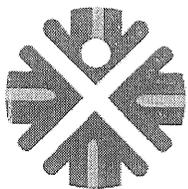
Cordial saludo,

El presente escrito tiene por objeto presentar la oferta para el suministro de los productos correspondientes al proceso No \_\_\_\_ . 2020 de acuerdo con los términos y condiciones y de conformidad con lo establecido en este documento y los anexos de la propuesta adjunta.

Así mismo, el suscrito declara que:

1. Tiene capacidad legal para firmar y presentar la oferta.
2. El o los contratos u órdenes de compra 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 solicitud, incluidas sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de los mismos.
4. La sociedad que legalmente represento no está impedida por causa de inhabilidades y/o incompatibilidades establecidas en la constitución, la ley y en el Estatuto de Contratación para contratar con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
5. He recibido toda información necesaria para presentar debidamente la oferta.
6. En la eventualidad de que sea adjudicada la solicitud en referencia, me comprometo a realizar, dentro del plazo máximo que fije el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., todos los trámites necesarios para legalización y adquisición de las pólizas solicitadas.

*Juntos por la Excelencia*



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



7. Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, Acuerdo 00014 del 26 de septiembre de 2019 proferido por la Junta Directiva del Hospital.
8. Que conozco el código de buen gobierno y código de ética del Hospital Universitario Departamental de Nariño
9. Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.
10. Aceptamos las condiciones de recepción técnica y administrativa de los productos suministrados.
11. Valor Total de la propuesta (incluido valor del IVA): \$
12. Total, de Ítems cotizados:
13. Aceptamos y conocemos el anexo. Cumplir con anexo técnico para contratación, documento ANJUR-001 - DESCRIPCIÓN DE PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE DEFINIDOS
14. Validez de la oferta:
15. No. de folios de la Propuesta:

Atentamente,

(Nombre Completo del representante legal)  
No del Documento de Identificación.  
(Nombre completa de la firma proponente)  
NIT  
Dirección  
Teléfono  
Dirección de correo electrónico.

*Juntos por la Excelencia*

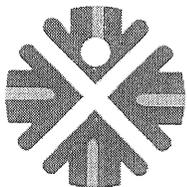
CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Commutador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333409  
[www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co) \* mail: [hudn@hosdenar.gov.co](mailto:hudn@hosdenar.gov.co)



ANEXO 2  
FORMATO OFERTA ECONOMICA

Oferta económica de materiales de osteosíntesis, proceso FAR-IP-005-2020 Cirugía General										
Ítem (relacionado en el pliego de condiciones o convocatoria)	Descripción del producto solicitado a cotizar (textual como aparece en el pliego de condiciones)	Descripción del producto cotizado (información propia del oferente)	Cantidad	Registro sanitario	Unidad de medida cotizada (ej: tableta, cápsula, ampolla, unidad, etc)	Valor cotizado por unidad (antes de IVA)	IVA	Valor cotizado por unidad (IVA incluido)	Cantidad cotizada	Totales
<b>GRAN TOTAL DE LA PROPUESTA</b>										<b>\$ 0</b>

*Juntos por la Excelencia*



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



**ANEXO 3  
TIEMPO DE ENTREGA**

Ciudad, fecha

Doctora  
GLADYS MYRIAM SIERRA PÉREZ  
Gerente  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
La Ciudad

Ref.: Proceso \_\_\_\_\_  
Objeto: \_\_\_\_\_

Cordial Saludo

Con la presente me comprometo a tener como tiempo de respuesta entre la solicitud escrita de pedido y la entrega del producto en el Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. En ( ) horas.

Nota:

( ) *Relacionar en este espacio el número de horas propuestas como tiempo de respuesta frente a una solicitud realizada.*

Atentamente,

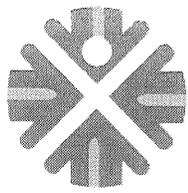
(Nombre Completo del representante legal)  
No del Documento de Identificación.  
(Nombre completa de la firma proponente)  
NIT  
Dirección  
Teléfono  
Dirección de correo electrónico.

El proponente podrá modificar el presente anexo según lo requiera.

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño  
Commutador 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.



**ANEXO 4  
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT**

		FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT										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 Contratante										Tipo de Solicitud		Consecutivo			
DD	MM	AAAA	Cliente		Contratista		Prestador IPS		Proveedor		Otro		Vinculación				
Ciudad			Regional					Zonal					Actualización				
<b>I. INFORMACIÓN GENERAL</b>																	
<b>PERSONA NATURAL</b>																	
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?									
<b>PERSONA JURIDICA</b>																	
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							
<b>Actividad económica principal</b>																	
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							
<b>Representante Legal</b>																	
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?									
<b>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)</b>																	
Razón social o nombres y apellidos				Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	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?				

*Juntos por la Excelencia*

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



**ANEXO - MODELO CERTIFICACIÓN PAZ Y SALVO APORTES SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha \_\_\_\_\_

Señores  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E  
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. \_\_\_\_\_ DE 2020.  
Objeto: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_ (Proponente -cuando es persona natural-, o Revisor Fiscal o Representante Legal si es persona jurídica), o (por cada uno de los integrantes del oferente plural) bajo la gravedad del juramento manifiesto que \_\_\_\_\_ (señalar el nombre de la persona natural o jurídica y su NIT, según el caso) durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL-, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-(si se tiene empleados a cargo), por cuanto:

(Escoger una de las siguientes opciones y diligenciar con el nombre los 6 meses anteriores a la fecha del cierre de esta convocatoria. Ver Notas)

- Ha cumplido durante los meses de \_\_\_\_\_ (anteriores a la fecha de expedición de la certificación), con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

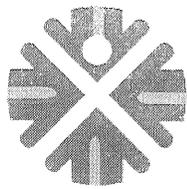
ó

- Durante los meses \_\_\_\_\_ (identificar los meses), no ha vinculado personal mediante contrato laboral que le genere la obligación de pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales de los empleados. No obstante, se ha cumplido durante los últimos seis (06) meses con los aportes individuales al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.

ó

- Durante los meses \_\_\_\_\_ (identificar los meses), no ha tenido contratos en ejecución, que obliguen a realizar el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales.

*Juntos por la Excelencia*



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



Firma \_\_\_\_\_  
Identificación No. \_\_\_\_\_  
En calidad de: \_\_\_\_\_

NOTA UNO: Las circunstancias que generan la paz y salvo, pueden corresponder a una o varias de las alternativas planteadas en el modelo, por lo cual se debe diligenciar la certificación de acuerdo con la condición de cada proponente y conforme a las previsiones contenidas en la Ley 789 de 2002.

NOTA DOS: La presente certificación debe ser firmada por: a) En caso de persona natural: Por el proponente persona natural; b) En caso de Persona jurídica: Por El Revisor Fiscal en caso que la persona jurídica tenga este cargo, si no lo tiene, por el Representante Legal de la misma. c) Por cada uno de los integrantes de la persona plural -consorcio o unión temporal- (ya sea como persona natural o persona jurídica).

*Juntos por la Excelencia*

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Paste / Mariño  
Centralizador 7333400 \* Fax 7333408 y 7333405  
www.hosdenor.gov.co \* mail: hudn@hosdenor.gov.co





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



**ANEXO - EXPERIENCIA DEL PROPONENTE**

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha \_\_\_\_\_

Señores  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E  
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. \_\_\_\_\_ DE 2020.

Objeto: \_\_\_\_\_

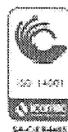
No.	No del Contrato	Objeto	Contratante	Contratista	Valor ejecutado en pesos	Vr ejecutado Expresado en SMLV	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	% de participación dentro de la ejecución	Vr ejecutado según % de participación

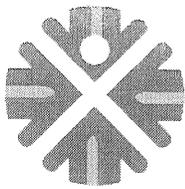
Firma representante legal o apoderado:

(1) Indicar día, mes y año

*Juntos por la Excelencia*

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





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



**ANEXO - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN Y TRANSPARENCIA.**

San Juan de Pasto (Nariño). Fecha \_\_\_\_\_

Señores  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E  
Ciudad

Referencia: Presentación Oferta - INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER No. \_\_\_\_\_ DE 2020.  
Objeto: \_\_\_\_\_

El (los) suscrito(s) a saber: *(NOMBRE DEL PROPONENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL PROPONENTE) domiciliado en* \_\_\_\_, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Y LUGAR DE SU EXPEDICION), quien obra en .... *(1- ...SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, SI EL PROPONENTE ES PERSONA JURÍDICA, CASO EN EL CUAL DEBE IDENTIFICARSE DE MANERA COMPLETA DICHA SOCIEDAD, INDICANDO INSTRUMENTO DE CONSTITUCION Y HACIENDO MENCION A SU REGISTRO EN LA CAMARA DE COMERCIO DE SU DOMICILIO; 2- ... NOMBRE PROPIO SI EL PROPONENTE ES PERSONA NATURAL, Y/O SI LA PARTE PROPONENTE ESTA CONFORMADA POR DIFERENTES PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, NOMBRE DEL CONSORCIO O DE LA UNIÓN TEMPORAL RESPECTIVA)*, quien(es) en adelante se denominará(n) EL PROPONENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO ANTICORRUPCION Y TRNSPARENCIA**, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que el HOSPITAL adelanta el proceso

SEGUNDO: Que es interés del PROPONENTE apoyar la acción del Estado Colombiano y del HOSPITAL para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés del PROPONENTE participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente documento unilateral anticorrupción, que se registrá por las siguientes cláusulas:

**CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS**

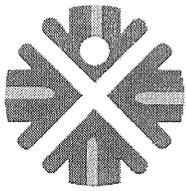
El PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

- 1.1. El PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su Propuesta, con el proceso de selección antes citado, ni con la ejecución del Contrato que pueda celebrarse como resultado de su Propuesta,

*Juntos por la Excelencia*

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





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



- 1.2. El PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre;
- 1.3. El PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:
  - i) no ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago corrupto a los funcionarios del HOSPITAL ni a cualquier otro funcionario público que pueda influir en las condiciones de ejecución o de supervisión del contrato, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre las condiciones de ejecución o supervisión del contrato; y ii) no ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del HOSPITAL durante el desarrollo del Contrato.
- 1.4. El PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección arriba identificado, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el Contrato que es materia del proceso de selección indicado en el considerando primero del presente acuerdo.

#### CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El Proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en los pliegos de condiciones, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de \_\_, a los \_\_\_\_\_

(FECHA EN LETRAS Y NUMEROS) días del mes (MES) DE 2020

Firma C.C.

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL, SEAN PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, EN ESTE ÚLTIMO CASO A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES ACREDITADOS DENTRO DE LOS DOCUMENTOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O PODERES CONFERIDOS Y ALLEGADOS AL PRESENTE PROCESO DE SELECCION.

*Juntos por la Excelencia*

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

