



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

TÉRMINOS DE CONDICIONES

INVITACIÓN PRIVADA No. 29/2014

“PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS”

LOS INVITADOS A PARTICIPAR EN ESTE PROCESO DE SELECCIÓN DEBERÁN DILIGENCIAR Y TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES ANEXOS Y FORMATOS.

Estos anexos hacen parte integral de la invitación privada 29/2014, por consiguiente deberá ser observado en su totalidad y en armonía de los criterios de la invitación.



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



ÍNDICE

Los documentos exigidos en la invitación privada deberán estar debidamente relacionados en el siguiente índice:

N°	DOCUMENTOS	N° FOLIO
1	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.	
2	CERTIFICADO DE IDENTIDAD	
3	CERTIFICADO SEGURIDAD SOCIAL	
4	RUT	
5	FORMATO HOJA DE VIDA	
6	RELACIÓN DEL PERSONA Y HOJAS DE VIDA	
7	CERTIFICACIÓN DE SANCIONES IMPUESTAS	
8	CERTIFICADO RESPONSABILIDAD FISCAL-CONTRALORÍA.	
9	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS-PROCURADURÍA.	
10	CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES	
11	PÓLIZAS	
12	CERTIFICADOS DE IDONEIDAD	
13	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA	
14	COPIA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y OTROS DOCUMENTOS.	

Podrá diligenciar el número de casillas que requiera para la presentación de su propuesta.

Tenga en cuenta que las ofertas deberán ser presentadas en sobre cerrado y sellado, en original y copia, con tabla de contenido en la que se indique la página donde se encuentran los documentos que la soporten, estar foliadas en orden ascendente, sin incluir hojas en blanco.



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

(NO UTILICE LOS MEMBRETES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA)

Ciudad y fecha

SEÑORES:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA - HOMO
CALLE 38 N°55-310. OFICINA SECRETARÍA DE GERENCIA
BELLO – ANTIOQUIA.

El suscrito _____, identificado con la C.C. _____, actuando en nombre y representación de _____, con NIT _____, de acuerdo con las reglas que se estipulan en invitación y demás documentos del proceso de selección mediante invitación privada número 29/2014, cuyo objeto es “**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS**” manifiesto que he leído, entiendo y acepto todas las condiciones contenidas en los documentos de este proceso de selección.

En caso de que nos sea adjudicada la invitación, nos comprometo a firmar el contrato correspondiente y a cumplir todas las obligaciones señaladas en la invitación y en la propuesta.

Declaro así mismo bajo la gravedad del juramento que:

1. Esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo comprometo a la compañía que representó.
2. Ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato que de ella se derive.
3. No nos encontramos inmersos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en las normas que regulan la materia.
4. La compañía que represento se compromete a entregar a satisfacción del HOMO, en las fechas indicadas, el objeto de la contratación.
5. Conozco las leyes de la República de Colombia, reglamentos y estatutos que rigen la presente contratación y que me acojo a las mismas.
6. Que la presente oferta no tiene información reservada *
7. Autorizo expresamente al HOMO para verificar toda la información incluida en la propuesta.
8. Que bajo la gravedad de juramento declaro que no me encuentro reportado en el Boletín de responsables fiscales que expide la Contraloría General de la República



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

o en caso de estarlo, tener vigente un acuerdo de pago y me encuentro al día en los pagos.

CERTIFICO QUE	PRESENTA		LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS NO FUERON APORTADOS EN LA PROPUESTA.
	SI	NO	
HE ADJUNTADO TODOS Y CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LA INVITACIÓN.			

Atentamente,

Proponente _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Documento de identificación: _____

Tarjeta profesional: _____



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA

AÑOS DE EXPERIENCIA

EL INTERESADO DEBERÁ DILIGENCIAR EL PRESENTE ANEXO DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS QUE INTEGRAN SU PROPUESTA Y LAS EXIGENCIAS CONTENIDAS EN LA INVITACIÓN.

AÑOS DE EXPERIENCIA OBJETO SIMILAR A ESTA INVITACIÓN			
N°	ENTIDAD QUE CERTIFICA	PLAZO DEL CONTRATO	AÑOS DE EXPERIENCIA
1			
2			
3			

SOLO SE COMPUTARAN AÑOS COMPLETOS (365 días).

El interesado deberá diligenciar este formulario e incluir la cantidad de certificaciones a tener en cuenta en el literal “j” “Certificados de Experiencia” y la evaluación criterio “Experiencia específica en atención de siniestros” de conformidad con los documentos que integran su propuesta.

La información aquí contenida deberá guardar fiel y clara relación con los soportes adjuntos en la propuesta “certificaciones de experiencia”, en el evento de no cumplir con este criterio y exigencias no se tendrá en cuenta.

Solo se tendrán en cuenta certificaciones que guarden relación con el objeto de la presente invitación.



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

EL PROPONENTE DEBERÁ ADJUNTAR CON SU PROPUESTA EL SIGUIENTE FORMULARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PERSONAL CON EL QUE PRETENDE EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE INTERMEDIACIÓN Y ASESORÍA. EL CUAL SE ENTIENDE SUSCRITO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO.

Nº	PERFIL/CARGO	TÍTULO	INSTITUCIÓN	FECHA DE TITULACIÓN
Adjunto copia de todos los documentos (ACTA DE GRADO Y/O DIPLOMA) aquí relacionados			SI	
			NO	
OBSERVACIONES:				
ESTA CERTIFICACIÓN SE ENTIENDE SUSCRITA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO Y AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA QUE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA PROCEDA A LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA.				

FIRMA DEL INTERESADO

C.C.

T.P.



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

CERTIFICADO SEGURIDAD SOCIAL

SEÑORES:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA-HOMO

CALLE 38 N° 55-310

BELLO –ANTIOQUIA

ASUNTO: Certificación aportes al sistema de seguridad social.

Bajo la gravedad del juramento me permito certificar que me encuentro a paz y salvo con el sistema de seguridad social y que he realizado los aportes correspondiente durante los últimos seis (6) meses, previo a la apertura de la presente invitación.

Igualmente me permito certificar que en el evento de ser seleccionado en virtud de esta invitación privada me comprometo a realizar las cotizaciones en seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable a la materia.

La anterior certificación se suscribe a los XXXXX días del mes xxxxxxx de dos mil catorce (2014).

FIRMA.
C.C.



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



CERTIFICADO DE SANCIONES IMPUESTAS

SEÑORES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
CALLE 38 N°55-310
BELLO – ANTIOQUIA

ASUNTO: Certificación de Sanciones impuestas

Bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, certifico a esa entidad hospitalaria que no me encuentro inmerso en causal de inhabilidad o incompatibilidad para hacer parte del presente contrato, ni para suscribir el contrato que de este se derive.

Igualmente informo que durante los últimos tres (3) años ni yo, ni la empresa que representó hemos sido sancionados ni multados por conductas propias del ejercicio de mi profesión u objeto social y autorizó expresamente al HOMO para que en cualquier tiempo procede a verificar esta información.

Para constancia me permito adjuntar certificado expedido por el organismo competente en la materia.

La anterior certificación se suscribe a los XXXXX días del mes xxxxxxxx de dos mil catorce (2014).

Atentamente

FIRMA.
C.C.
T.P.



E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 3855-310 Bello-Colombia - Tel: (4) 4548200 Fax: (4) 4527479
Sede Ambulatoria C.C. Almacentro local 246 Medellín-Colombia – Tel: (4) 2326500
Línea de atención 018000 417474 – web: www.homo.gov.co – Nit: 890-905-166-8