



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

## ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

### ANEXOS Y FORMATOS

#### INVITACIÓN PRIVADA No. 27/2014

#### “PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIAL DE TRANSPORTE DE PASAJEROS”

**LOS PROPONENTES INTERESADOS EN PRESENTAR OFERTA DENTRO DE LA PRESENTE INVITACIÓN, DEBERÁN DILIGENCIAR Y TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES ANEXOS Y FORMATOS, SO PENA DE QUE LA PROPUESTA SEA RECHAZADA.**

Estos anexos hacen parte integral de la invitación privada 27/2014, 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 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8

## NECESIDAD DEL SERVICIO A CONTRATAR

**ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ANALIZADA Y TENIDA EN CUENTA POR LOS INTERESADOS EN PRESENTAR PROPUESTA EN ARMONÍA CON LO CONTENIDO EN LA INVITACIÓN Y DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DE ELLA.**

**CONTIENE LAS CANTIDADES Y CONDICIONES DEL SERVICIO A SUMINISTRAR.**

Nº	Cantidad	Características	Tiempos De Ejecución	Disponibilidad	Recorridos
1	5	Camper o Camioneta doble cabina, 4 puertas, 4x4, modelo 2008 en adelante.	Desde la suscripción del acta de inicio hasta el 31 de Diciembre de 2014.	Lunes a Domingo las 24 horas del día. Se deberá garantizar la prestación del servicio sin restricción de horario	Departamento de Antioquia.  Departamento de Antioquia zonas prioritizadas norte, nordeste, bajo cauca, uraba y área metropolitana

La Empresa Social del Estado se reserva el derecho de solicitar, con previa anticipación, aumentar o disminuir el número de vehículos. Igualmente el derecho de solicitar cambio de vehículo o conductor, desplazamientos de acuerdo a las necesidades del servicio.

Todos los vehículos se deben encontrar habilitados para prestar los servicios de transporte de pasajeros.

Para la ejecución, los vehículos ofrecidos deberán disponer de los documentos exigidos por las normas vigentes y específicamente las contenidas en los artículos 6, 10 y 46 del Decreto 174 de 2001, habilitación para operar y la tarjeta de operación vigente de los vehículos vinculados o afiliados a la empresa contratista, respectivamente.

Todos los conductores deberán estar dotados de sistema de comunicación – radioteléfono- celular o cualquier otro sistema que le permita la comunicación inmediata y efectiva en caso de ser requerido.

La reacción para suministrar, cambiar el vehículo o el conductor no podrá ser superior a 2 horas.

En las zonas y horarios en los que por razón de la restricción del pico y placa los vehículos no puedan desplazarse el contratista deberá garantizar el servicio de manera



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

eficiente. Por consiguiente deberá garantizar una adecuada coordinación con su equipo de trabajo.

Valor máximo a reconocer mensualmente por vehículo:

N°	TIEMPO DE EJECUCIÓN	RECORRIDO	VALOR MÁXIMO POR VEHÍCULO
1	Desde la suscripción del acta de inicio hasta el treinta y uno (31) de Diciembre de 2014.	Departamento de Antioquia. Zonas prioritizadas norte, nordeste, bajo cauca, uraba y metropolitana. área	VALOR MÁXIMO MENSUAL \$6.750.000
			VALOR MÁXIMO DÍA \$225.000
Este valor será el máximo a reconocer durante el tiempo de ejecución de manera diaria y mensual por vehículo.			



## E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

## 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. \_\_\_\_\_ en nombre de \_\_\_\_\_, de acuerdo con las reglas que se estipulan en invitación y demás documentos del proceso de selección mediante invitación privada número 27/2014, cuyo objeto es “Servicio especial de transporte de pasajeros” manifiesto que he leído, entiendo y acepto todas las condiciones contenidas en los documentos de este proceso.

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

Declaro así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
2. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato que de ella se derive.
3. Que ni el suscrito ni la sociedad que represento se hallan incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en las normas que regulan la materia.
4. Que el suscrito y la sociedad que represento se comprometen a entregar a satisfacción del HOMO, en las fechas indicadas, el objeto de la contratación.
5. Que conocemos las leyes de la República de Colombia, reglamentos y estatutos que rigen la presente contratación.
6. Que los precios de la propuesta se mantendrán sin variación durante la vigencia de la contratación y el contrato.
7. Que la presente oferta no tiene información reservada \*
8. Que autorizo expresamente al HOMO para verificar toda la información incluida en la propuesta.
9. Que ofrezco entregar las cantidades que figuran en el cuadro de precios y valor total de la oferta, así como el cumplimiento de los requerimientos técnicos.



### E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8



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

11. Que bajo la gravedad del juramento declaro que no me ha sido notificado por parte de la Cámara de Comercio de ningún recurso de reposición frente a la información contenida en el RUP.

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.			

Proponente \_\_\_\_\_ Nit: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre Representante legal del proponente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Documento de identificación: \_\_\_\_\_

Firma del Representante legal: \_\_\_\_\_

Firma Aval (en caso de requerirlo): \_\_\_\_\_



### E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8

**EXPERIENCIA DEL SERVICIO****AÑOS DE EXPERIENCIA CONTRACTUAL – PRESUPUESTO CONTRATADO**

**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.**

<b>AÑOS DE EXPERIENCIA CONTRACTUAL OBJETO SIMILAR A ESTA INVITACIÓN</b>			
<b>N°</b>	<b>ENTIDAD QUE CERTIFICA</b>	<b>PLAZO DEL CONTRATO</b>	<b>AÑOS DE EXPERIENCIA</b>
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 la evaluación criterio “AÑOS DE EXPERIENCIA” de conformidad con los documentos que integran su propuesta.**

<b>PRESUPUESTO CONTRATADO</b>			
<b>N°</b>	<b>ENTIDAD QUE CERTIFICA</b>	<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL CONTRATADO</b>
1			
2			
3			

Superior a 5 veces el presupuesto oficial.	Entre 5 y 4 veces el presupuesto oficial	Entre 4 y 3 veces el presupuesto oficial	Menos de 3 veces el presupuesto oficial
<b>\$1.256.359.376</b>	<b>\$1.256.359.375- \$1.005.087.501</b>	<b>\$1.005.087.0500- \$753.815.625</b>	<b>\$753.815.624</b>

**El interesado deberá diligenciar este formulario e incluir la cantidad de certificaciones que fueron tenidas en cuenta para el criterio “AÑOS DE EXPERIENCIA CONTRACTUAL” 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.**

**E.S.E. Hospital Mental de Antioquia**

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

**Para diligenciar estos anexos se deberá tener en cuenta lo indicado en el numeral 23 criterios de evaluación de la invitación pública.**

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

Proponente \_\_\_\_\_ Nit: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Nombre Representante legal del proponente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Documento de identificación: \_\_\_\_\_  
Firma del Representante legal: \_\_\_\_\_  
Firma Aval (en caso de requerirlo): \_\_\_\_\_



## E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

## RESUMEN ECONÓMICO

**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.**

N°	UNIDAD		DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	VALOR UNITARIO		VALOR TOTAL
	HORA	DÍAS		HORA	DÍAS	
1			Departamento de Antioquia. Zonas priorizadas norte, nordeste, bajo cauca, uraba y área metropolitana.			
<b>VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA:</b>						

**El proponente deberá indicar en su propuesta económica claramente si el servicio se prestará por horas o por días, ponderando en debida forma el valor de cada ítem por el número de vehículos.**

**Se advierte a los proponentes que deberán tener en cuenta los valores – mensuales y diarios - máximos a reconocer, toda vez que sus propuestas no podrán ser superiores a las allí indicadas.**



### E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

### PLANILLAS A DILIGENCIAR

El proponente favorecido en este proceso contractual deberá garantizar el diligenciamiento de esta planilla, la cual deberá hacer parte de la cuenta de cobro e informe de actividades.

CONTRATO N°				
NOMBRE DEL CONDUCTOR:				
N°	FIRMA PASAJERO	C.C.	TRAYECTO	FECHA
1				
2				
3				
4				
Yo, _____ (nombre del conductor) declaro que la empresa _____ (nombre de la empresa contratista) se encuentra al día en el pago por concepto de prestaciones sociales y laborales correspondiente al mes de _____ (mes a cobrar) de 2014.				
_____ firma del conducto c.c.				



### E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8



## PARQUE AUTOMOTOR

EL PROPONENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL PRESENTE ANEXO Y ADJUNTARLO A SU PROPUESTA, JUNTO CON LA COPIA DE LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA, SO PENA DE QUE LO AQUÍ INDICADO NO SEA TENIDO EN CUENTA AL MOMENTO DE VERIFICAR LAS CONDICIONES DE LA PROPUESTA.

ÍTEM	VEHÍCULOS					
	V/1	V/2	V/3	V/4	V/5	V/6
MODELO						
CAPACIDAD DE PASAJEROS						
PLACA						
MARCA						
CLASE						
PROPIETARIO						
FECHA MANTENIMIENTO						
TÉCNICO MECÁNICA aporta copia en la propuesta	SI					
	NO					
HABILITADO aporta copia en la propuesta	SI					
	NO					
LICENCIA DE TRANSITO aporta copia en la propuesta	SI					
	NO					
EQUIPO DE CARRETERA Y DEMÁS EXIGENCIAS LEGALES	SI					
	NO					

FIRMA DEL RESPONSABLE  
C.C.



### E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) - Nit: 890-905-166-8



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
—HOMO—

## CERTIFICADO DE CAPACITACIONES

EL PROPONENTE DEBERÁ ADJUNTAR CON SU PROPUESTA EL SIGUIENTE FORMULARIO EL CUAL SE ENTIENDE SUSCRITO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO.

N°	CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	NÚMERO DE HORAS
<b>TOTAL NÚMERO DE HORAS</b>			
Adjunto copia del certificado expedido por la autoridad competente en la propuesta		<b>SI</b>	
		<b>NO</b>	

La entidad en cualquier momento podrá exigir la verificación del cumplimiento de dicho plan.

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**  
C.C.



### E.S.E. Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal Calle 38 55-310 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](http://www.homo.gov.co) – Nit: 890-905-166-8