



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Gobernación de Norte de Santander</p> | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO |  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> |
| Código: F-DE- PE05-03 Versión: 01 | COMUNICACION EXTERNA | Página 1 de 4 |

INVITACION PUBLICA – SUBASTA INVERSA **00109 DE 2010**

**OBJETO: CONTRATACION SERVICIO DE ALIMENTACION EN EL
EVENTO COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
REGIONAL (OCAÑA)**

EI INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD, CONFORME A LO REGLADO POR LA LEY 80 DE 1993, LEY 1150 DE 2007 Y PARAGRAFO 1 DEL ART. 9 DEL DECRETO 2025 DE 2009, MODIFICADO POR EL ART. 2 DEL DECRETO 3576 DE 2009,

INVITA:

A todas las personas naturales y/o jurídicas interesadas en participar en el presente proceso contractual, a presentar propuestas para la selección de una persona capaz legalmente de ejercer el objeto de la presente contratación, la cual debe cumplir los requisitos y parámetros que se establecen en los presentes requerimientos.

| | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO CONTRACTUAL | CONTRATACION SERVICIO DE ALIMENTACION EN EL EVENTO COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA REGIONAL (OCAÑA) |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES TECNICAS REQUERIDAS



| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| DIAS DEL EVENTO | 20 DE AGOSTO DE 2010 |
| LUGAR DEL EVENTO | OCAÑA NORTE DE SANTANDER |
| HORARIO DEL EVENTO | 8 A.M A 6 P.M |
| LUGAR LA REUNION | NO DEFINIDO |
| NUMERO DE PERSONAS | ARROXIMADAMENTE 80 PERSONAS |
| AYUDAS LOGISTICAS | NO APLICA |
| FINANCIACION | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA |
| OBSERVACIONES | |

PUBLICACIÓN: 17 de AGOSTO de 2010, en la Pagina Web de la Entidad
APERTURA: 18 DE AGOSTO de 2010.

CIERRE Y PRESENTACION DE PROPUESTAS: 19 DE AGOSTO de 2010, hora 5:00 p.m.

CONSULTA DE CONDICIONES: Oficina de Recursos Físicos **del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER**, Av.0, Calle 10 Edif. Rosetal 3 Piso, en Cúcuta, en el horario comprendido entre las

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401.
www.ids.gov.co San José de Cúcuta - Norte de Santander.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Gobernación de Norte de Santander</p> | <p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p> |  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> |
| <p>Código: F-DE- PE05-03 Versión: 01</p> | <p>COMUNICACION EXTERNA</p> | <p>Página 2 de 4</p> |

8:00 a.m. y las 6.00 p.m. en los días hábiles de lunes a viernes, ó en la página WEB institucional www.ids.gov.co .

PRESENTACION DE LA PROPUESTA: oficina recursos físicos del **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER**, Av.0, Calle 10 Edif. Rosetal 3 Piso, en Cúcuta.

FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La Propuesta debe ser presentada llenando los siguientes requisitos y adjuntando los documentos que se enunciarán más adelante, lo cual es de obligatorio cumplimiento:

- a. Impresas en letra clara y legible, a máquina o por cualquier otro medio magnético o electrónico y en idioma castellano.
- b. Depositada dentro de los plazos fijados en la presente Convocatoria.
- c. Propuesta en original, junto con sus anexos.
- d. Numeradas absolutamente todas las hojas que conforman la propuesta. Cada hoja conforma un folio y la cantidad total de folios debe mencionarse en la Carta de Presentación. Cuando una hoja contenga información por ambas caras, se considerará como un solo folio.
- e. Sin borrones, tachaduras, raspaduras o enmendaduras, a menos, que se hagan con salvedad, la cual se entiende hecha con la firma del Representante Legal al pie de la respectiva corrección.
- g. Firmadas por el proponente, si es persona natural, o por el representante legal, apoderado u otro funcionario con capacidad de representación estatutaria, si es persona jurídica, consorcio o unión temporal.
- h. En sobre debidamente cerrado e identificado con la siguiente leyenda:

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER
(NOMBRE DEL PROPONENTE)
OBJETO: SERVICIO DE ALIMENTACION
LUGAR:OCAÑA NORTE DE SANTANDER



Para lo anterior, los interesados deben cumplir los siguientes parámetros habilitantes:

1. REQUISITOS HABILITANTES:

No serán calificables, solo serán factores de HABILITACION de las propuestas, los siguientes:

1.1. CAPACIDAD JURIDICA. Debe presentar los siguientes documentos:

- * **Hoja de Vida**, diligenciada en el formato único de hoja de vida establecido por la ley 190 de 1995 en su Art. 1.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Gobernación de Norte de Santander</p> | <p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p> |  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> |
| <p>Código: F-DE- PE05-03 Versión: 01</p> | <p>COMUNICACION EXTERNA</p> | <p>Página 3 de 4</p> |



- * **Certificado de antecedentes judiciales. (Ley 190 de 1995 Art. 1), (DAS).** En fotocopia simple y con vigencia para el momento de la suscripción del respectivo contrato.
- * **Certificado de antecedentes disciplinarios. (Ley 190 de 1995 Art. 1), (Procuraduría).** En original o copia y vigente para el momento de la suscripción del contrato.
- * **Certificado de antecedentes Fiscales.** (Contraloría). En original o copia y vigente para el momento de la suscripción del contrato.
- * **Registro Único Tributario RUT.,** Para tal efecto se adjuntará la copia del Registro Único Tributario.
- * **Certificación sobre el cumplimiento de obligaciones parafiscales y seguridad social.** Para el caso de personas naturales, deberán anexar copia simple, como mínimo, del pago del último mes efectuado a los sistemas de salud y pensiones donde se acredite su calidad de CONTRIBUTIVO y directamente cotizante.
No se aceptará afiliación al Sisben, ni pagos a salud y pensiones a través de terceras personas o cooperativas. Para el caso de personas jurídicas podrá presentarse la correspondiente Certificación o copia de los pagos del mes anterior.
- * **Certificado de Existencia y Representación Legal (Solo para personas jurídicas), o Certificado de Persona Natural.** Expedido por la Cámara de Comercio de la jurisdicción y con una vigencia no menor a 90 días antes. En este documento se debe demostrar que el proponente se encuentra en capacidad comercial de ejercer el objeto de la presente contratación.

NOTA: DE CONFORMIDAD A LOS ESTABLECIDO EN EL PARAGRAFO DEL ARTICULO 1º DEL DECRETO 03576 DE 2009, ESTOS REQUISITOS HABILITANTES SOLO SERAN VERIFICADOS UNICAMENTE AL OFERENTE CON EL PRECIO MAS BAJO. SI ESTE NO CUMPLE LOS REQUISITOS HABILITANTES EXIGIDOS, SE PROCEDERA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CITADO PARAGRAFO.

2. CRITERIOS DE SELECCION:

Si la propuesta con el precio mas bajo cumple los requisitos habilitantes establecidos en los presentes requerimientos, el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD la seleccionará como ganadora y constará en el Acta respectiva.

En caso de que la propuesta de menor valor no llene los requisitos habilitantes, se podrá contratar con la que haya presentado el segundo menor precio y llene los requisitos habilitantes. Si ésta

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Gobernación de Norte de Santander</p> | <p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p> |  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> |
| <p>Código: F-DE- PE05-03 Versión: 01</p> | <p>COMUNICACION EXTERNA</p> | <p>Página 4 de 4</p> |

tampoco cumple, se verificará la tercera en menor precio y así sucesivamente hasta obtener una oferente habilitado.

NOTA: SI SOLO SE PRESENTA UNA SOLO PROPUESTA Y ESTA LLENA LOS REQUISITOS HABILITANTES Y PRESENTA CONDICIONES DE MERCADO Y SATISFACE LAS NECESIDADES DE LA ENTIDAD, SERA LA SELECCIONADA.

CRITERIOS DE ADJUDICACION: De acuerdo con los criterios establecidos en las condiciones, del artículo 1° del Decreto 3576 del 17 de septiembre de 2009.

CONTROL SOCIAL: En cumplimiento del artículo 66 de la Ley 80 de 1993, y del artículo 9 del Decreto 2170 de 2002, el Instituto Departamental de Salud del Norte de Santander, convoca a las veedurías ciudadanas, establecidas de conformidad con la ley, a realizar el control social al presente proceso de contratación.

=====

De esta manera se presentan los requerimientos que la entidad determina para el desarrollo del proceso de Subasta Inversa de Mínima Cuantía, Decreto 03576 de 2009.

San José de Cúcuta, 17 de agosto de 2010

NELLY PATRICIA SANTAFE ANDRADE
Directora del Instituto Departamental de Salud

Elaboro: CAROLINA SAAVEDRA
VB. Dr. JAIRO ALBERTO VALERO