

ADENDA 4

SAVIA SALUD EPS En ejercicio de sus facultades legales y estatutarias

Teniendo en cuenta la normatividad existente que rige la contratación, la cual contempla la facultad de poder modificar los Términos de referencia siempre y cuando no se haya vencido el plazo para el cierre de la invitación, se procederá de conformidad

Realiza las siguientes modificaciones y aclaraciones al término de referencia de la invitación que tiene como objeto **“ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS) está interesada en recibir propuesta para CONFORMAR LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD) que le permitan adecuar y actualizar su RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD en los términos legales, reglamentarios y contractuales, que rigen la prestación de dichos servicios”**.

PRIMERA: Incluir a los términos de referencia los documentos de constitución de consorcio y uniones temporales

Documento de constitución del consorcio o unión temporal

Cuando la propuesta la presente un consorcio o unión temporal, cada uno de los integrantes deberá presentar, según el caso, los documentos que correspondan a su naturaleza, persona natural o jurídica. (Anexo N° 2. o 3) Adicionalmente, deberá presentar el documento de constitución del consorcio o unión temporal, con el fin de expresar claramente su conformación, las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos y su responsabilidad, además de lo siguiente:

- Indicar en forma expresa si su participación es a título de consorcio o unión temporal y expresar el porcentaje de participación de cada uno de sus integrantes.
- El objeto del consorcio o unión temporal, el cual deberá permitir la suscripción del contrato que haya lugar en el caso de resultar seleccionado.
- Señalar la duración del acuerdo consorcial o unión temporal, que no deberá ser inferior a la duración del contrato objeto del presente proceso de selección y tres años más, sin que en ningún caso sea inferior al término de atención.

- Identificar cada uno de sus integrantes, señalando como mínimo su nombre o razón social o denominación social, tipo y número del documento de identidad y domicilio.
- Designar la persona que para todos los efectos representará el consorcio o la unión temporal. Deberán constar su identificación y las facultades de representación, entre ellas, la de presentar la propuesta correspondiente al proceso de selección y las de celebrar, modificar y liquidar el(los) contrato(s) a que haya lugar, en caso de resultar seleccionado, así como la de suscribir la totalidad de los documentos contractuales que resulten necesarios; igualmente, deberá designarse un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.
- Señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre los miembros del consorcio o la unión temporal y sus respectivas responsabilidades, su participación en la propuesta y en la ejecución del contrato de cada uno de los integrantes de la forma asociativa.
- Sus integrantes deberán señalar los términos y porcentaje de la participación de cada uno de ellos en la propuesta y la ejecución del contrato, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de SAVIA SALUD EPS.
- El documento deberá ir acompañado de aquellos otros que acrediten que quienes lo suscriben tienen la representación y capacidad necesarias para dicha constitución y para adquirir las obligaciones solidarias derivadas de la propuesta y del contrato resultante.

El proponente deberá tener en cuenta que después de la presentación de la propuesta, no podrá modificar la información solicitada en los puntos anteriores, ni tampoco alguno de los integrantes podrá desistir o ser excluido en la participación, so pena de rechazo. La propuesta será considerada como no hábil cuando no se presente el documento de constitución del consorcio o unión temporal, o cuando se presente sin el lleno de los requisitos enunciados.

La facturación la deberá hacer directamente el Consorcio o Unión Temporal con su propio NIT, para lo cual se deberá aportar el correspondiente RUT una vez adjudicado el contrato. Además, se debe señalar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre, razón social o denominación social y el NIT de cada uno de ellos.

Nota: Todas las obligaciones que se deriven de la propuesta y del contrato que se deba suscribir serán asumidas en forma solidaria por todos los miembros del consorcio o unión temporal, lo cual deberá manifestarse expresamente en el documento de constitución del consorcio o unión temporal.



Certificación sobre el cumplimiento de las obligaciones parafiscales y pago de los aportes al sistema de seguridad social integral.

El oferente deberá presentar esta certificación; si el mismo está conformado por una asociación cada uno de sus integrantes deberá presentar dicha certificación. (Art. 50, Ley 789 de 2002 Reforma Laboral).

SEGUNDA: Anexar los siguientes documentos a los términos de referencia

**ANEXO N° 1.
CARTA DE PRESENTACIÓN**

Medellín, ___ de _____ de 2016

Señores:

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. – SAVIA SALUD EPS
Carrera 53 A No. 42 – 101, Ed. Plaza de la Libertad, primer piso
Medellín, Antioquia

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA: **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS)** está interesada en recibir propuesta para **CONFORMAR LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS RÉGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD)** que le permitan adecuar y actualizar su **RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD** en los términos legales, reglamentarios y contractuales, que rigen la prestación de dichos servicios”.

Los suscrito (s) _____, de acuerdo con las condiciones que se estipulan en los documentos de la invitación pública de la referencia, hacemos la siguiente oferta y en caso que nos sea adjudicada por SAVIA SALUD EPS, nos comprometemos a aceptar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

1. Que esta oferta y el contrato que llegare a impartirse sólo compromete a los aquí firmantes.

2. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta oferta, ni en el contrato que de ella se derive.
3. Que conocemos la información general y especial, y demás documentos de los términos de referencia junto con sus anexos, y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
4. Que nos comprometemos a desarrollar el objeto de la presente invitación, de conformidad con lo solicitado en los términos de referencia, durante el plazo establecido, contado a partir de la firma del contrato.
5. Que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y la Constitución Política y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
6. Que si resultamos seleccionados nos comprometemos a suscribir el contrato correspondiente, de acuerdo con las observaciones aceptadas por SAVIA SALUD EPS, si las hubiere, y a constituir y presentar las pólizas respectivas, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la firma del contrato.
7. Declaro que conozco, acepto y cumpliré con los requisitos técnicos mínimos establecidos en la invitación.
8. Que la presente oferta consta de _____ folios.

Atentamente,

Nombre Representante Legal _____

Cédula de Ciudadanía No. _____ de _____

Oferente _____

Nit. _____

Dirección _____

Teléfono _____

ANEXO N°2

FORMULARIO CONSTITUCION CONSORCIOS

Fecha,

Señores

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. – SAVIA SALUD EPS
 Carrera 53 A No. 42 – 101, Ed. Plaza de la Libertad, primer piso
 Medellín, Antioquia

Los abajo firmantes manifestamos, a través de este documento, que hemos convenido asociarnos en Consorcio para participar en la presente invitación de 2016 cuyo objeto es **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS)** está interesada en recibir propuesta para **CONFORMAR LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD)** que le permitan adecuar y actualizar su **RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD** en los términos legales, reglamentarios y contractuales, que rigen la prestación de dichos servicios”. La duración de este Consorcio será igual al término de ejecución del contrato, sin que en ningún caso sea inferior al término de atención de posventas ofrecidos y 1 año más.

El Consorcio está integrado por:

NOMBRE INTEGRANTE	NIT o CÉDULA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (%)

El _____ representante del _____ Consorcio es: _____, identificado con la Cédula de ciudadanía número _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar el presente contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias al respecto, con amplia y suficientes facultades.

La responsabilidad de los integrantes del Consorcio es solidaria de conformidad con lo estipulado en la ley 80 de 1993.

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2016

 Nombre y firma de cada uno de los integrantes del Consorcio.

 Nombre y firma del representante legal

ANEXO N° 3
FORMULARIO CONSTITUCION UNIONES TEMPORALES

Medellín, ___ de _____ de 2016

Señores:
SAVIA SALUD EPS
Carrera 53 A No 42-101
Medellín

Los abajo firmantes manifestamos a través de este documento que hemos convenido asociarnos en Unión Temporal para participar en la presente INVITACIÓN PÚBLICA 01 DE 2016 cuyo objeto es, por lo anterior expresamos lo siguiente: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS) está interesada en recibir propuesta para CONFORMAR LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD) que le permitan adecuar y actualizar su RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD en los términos legales, reglamentarios y contractuales, que rigen la prestación de dichos servicios”.

La duración de esta Unión Temporal será igual al término de ejecución del contrato y 1 año más.

La Unión Temporal está integrada por:

NOMBRE INTEGRANTE	NIT o CÉDULA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (%)

El representante de la Unión Temporal es: _____, identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, quien está expresamente facultado para firmar el presente contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias al respecto, con amplia y suficientes facultades.

La responsabilidad de los integrantes de la Unión Temporal, es solidaria de conformidad con lo estipulado en la ley 80 de 1993.

Nota: El siguiente numeral se debe llenar obligatoriamente para las Uniones Temporales.



ITEMS	% DE PARTICIPACION	NOMBRE DEL INTEGRANTE

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2016.
Atentamente,

Nombre y firma de cada uno de los integrantes de la Unión Temporal

Nombre y firma del representante legal.