

|   |                               |                       |   |
|---|-------------------------------|-----------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                       |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 1 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                       | <b>01/08/2021</b>   |

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PRELIMINARES**

**OBJETO: SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

**CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024.**

**SIETE (07) DE MARZO DE 2024.**

|   |                               |                       |   |
|---|-------------------------------|-----------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                       |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 2 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                       | <b>01/08/2021</b>   |

## CAPITULO I.

### 1. REFERENCIAS GENERALES DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA.

#### 1.1. JUSTIFICACIÓN LEGAL.

El artículo 209 de la Constitución Política de Colombia preceptúa que la función administrativa debe estar orientada a la satisfacción del interés colectivo y ser ejercida de acuerdo con los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, además de la moralidad administrativa propia del quehacer administrativo, lo que involucra la actividad contractual, por esta razón la E.S.E., no puede ser ajena a este principio, y debe buscar que los temas de la contratación que maneje la entidad se cifien a dichos postulados por cuanto esto significa, crear en el imaginario colectivo una imagen de credibilidad y solidez.

Dentro del marco normativo se establece que la Ley 100 de 1993, en su artículo 195 contempla un régimen jurídico especial para las Empresas Sociales del Estado estableciendo que se deben regir por el derecho privado en temas contractuales pudiendo de manera discrecional utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

El Decreto 1876 del 3 de enero de 1994, dispone: La Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, y presta servicios de salud de baja complejidad a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El decreto 536 de 2004 por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 192 de la ley 100 de 1993, establece que las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, convenios con entidades públicas, privadas o a través de operadores externos.

Mediante la Resolución No. 079 del 25 de marzo de 2021, se adopta el MODELO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

Mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 018 de 02 de octubre de 2021 se modifica el Acuerdo 07 de julio 08 de 2020 mediante el cual se determinó en su artículo primero: Aprobar y adoptar el PLAN DE GESTIÓN, PLAN DE DESARROLLO denominado "EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA", presentado por el Gerente de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2020-2024.

Mediante Acuerdo No. 031 de diciembre 22 de 2023, se aprueba el PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024.

La presente necesidad se encuentra incluida en la Resolución Interna No. 502 del 14 de diciembre de 2023, por medio de la cual se aprueba el PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES para la vigencia 2024.

El objetivo general del plan de gestión 2020-2024, es mejorar el desempeño de la entidad frente al cumplimiento de las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de la salud de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2020-2024.

Dentro de los objetivos específicos del plan de gestión 2020-2024, se encuentra el adelantar procesos permanentes de mejoramiento continuo a los procesos de gestión y desarrollo institucional, evaluar y analizar

|   |                               |                       |   |
|---|-------------------------------|-----------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                       |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 3 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                       | <b>01/08/2021</b>   |

las estrategias que contribuyan al cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios con calidad.

Con la aprobación del plan de desarrollo denominado "EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA" y en relación al diagnóstico Institucional se realizó la proyección de la misión de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, la cual se enmarca en prestar servicios de salud a los usuarios y sus familias a través de talento humano idóneo y comprometido, contando con tecnología que garantiza la seguridad en la atención humanizada, contribuyendo a la gestión del conocimiento generando confianza, desarrollo, calidad de vida y responsabilidad social a nuestra comunidad.

Actualmente el Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con los siguientes programas dirigidos a los usuarios y pacientes que demandan atención en los diferentes servicios:

- **PROGRAMA AMIGOS DEL CORAZÓN**, encaminado a la detección del riesgo cardiovascular de los pacientes hospitalizados, creado mediante la Resolución Interna No. 055 del 2018 "Por medio de la cual se deroga la resolución 090 del 2014 y se actualiza el programa Institucional Amigos del Corazón en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja"; deberá recibir el apoyo para el suministro de dietas acorde a la necesidad del tipo de paciente, dentro del desarrollo del mismo se contemplan dietas especiales para pacientes hospitalizados con riesgo cardiovascular.
- **PROGRAMA MADRE CANGURO** actualizado mediante Resolución Interna No. 108 de 2021 "Por medio de la cual se deroga la Resolución No 172 de 2017, y se adoptan los lineamientos Técnicos para la implementación del Programa Madre Canguro en Colombia con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer, emanado por el Ministerio de Protección social en la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.
- **ESTRATEGIA INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI**, mediante Resolución Interna No. 370 de 2020, se actualiza y adopta una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil. Dicha política escrita se enmarca en los derechos

A la fecha la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja cuenta con los siguientes servicios de salud habilitados:

| SEDE                | GRUPO DE SERVICIOS | CODIGO DE SERVICIO | NOMBRE DE SERVICIO            | No DISTINTIVO |
|---------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|---------------|
| <b>1. PRINCIPAL</b> | Internación        | 105                | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL   | DHSS0222697   |
|                     | Internación        | 106                | CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO | DHSS0222698   |
|                     | Internación        | 107                | CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS    | DHSS0222699   |
|                     | Internación        | 108                | CUIDADO INTENSIVO NEONATAL    | DHSS0222700   |
|                     | Internación        | 109                | CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO  | DHSS0222701   |
|                     | Internación        | 110                | CUIDADO INTENSIVO ADULTOS     | DHSS0222702   |
|                     | Internación        | 120                | CUIDADO BÁSICO NEONATAL       | DHSS0222703   |
|                     | Internación        | 129                | HOSPITALIZACIÓN ADULTOS       | DHSS0222704   |
|                     | Internación        | 130                | HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA    | DHSS0222705   |
|                     | Quirúrgicos        | 203                | CIRUGÍA GENERAL               | DHSS0222706   |
|                     | Quirúrgicos        | 204                | CIRUGÍA GINECOLÓGICA          | DHSS0222707   |
|                     | Quirúrgicos        | 205                | CIRUGÍA MAXILOFACIAL          | DHSS0222708   |
|                     | Quirúrgicos        | 207                | CIRUGÍA ORTOPÉDICA            | DHSS0222709   |
|                     | Quirúrgicos        | 208                | CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA         | DHSS0222710   |
|                     | Quirúrgicos        | 209                | CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA  | DHSS0222711   |

|   |                               |                       |   |
|---|-------------------------------|-----------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                       |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 4 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                       | <b>01/08/2021</b>   |

|   |     |   |             |
|---|-----|---|-------------|
| Quirúrgicos                                     | 210 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA                      | DHSS0222712 |
| Quirúrgicos                                     | 212 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA                      | DHSS0222713 |
| Quirúrgicos                                     | 213 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA             | DHSS0222714 |
| Quirúrgicos                                     | 214 | CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA          | DHSS0222715 |
| Quirúrgicos                                     | 215 | CIRUGÍA UROLÓGICA                       | DHSS0222716 |
| Quirúrgicos                                     | 231 | CIRUGÍA DE LA MANO                      | DHSS0616909 |
| Quirúrgicos                                     | 233 | CIRUGÍA DERMATOLÓGICA                   | DHSS0222717 |
| Quirúrgicos                                     | 234 | CIRUGÍA DE TORAX                        | DHSS0616910 |
| Quirúrgicos                                     | 235 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL                | DHSS0222718 |
| Quirúrgicos                                     | 245 | NEUROCIROGÍA                            | DHSS0222719 |
| Consulta Externa                                | 302 | CARDIOLOGÍA                             | DHSS0222721 |
| Consulta Externa                                | 316 | GASTROENTEROLOGÍA                       | DHSS0222727 |
| Consulta Externa                                | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN        | DHSS0222732 |
| Consulta Externa                                | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA                   | DHSS0130570 |
| Consulta Externa                                | 335 | OFTALMOLOGÍA                            | DHSS0222737 |
| Consulta Externa                                | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA             | DHSS0222739 |
| Consulta Externa                                | 340 | OTORRINOLARINGOLOGÍA                    | DHSS0222740 |
| Consulta Externa                                | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD         | DHSS0222745 |
| Consulta Externa                                | 361 | CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA                  | DHSS0222746 |
| Consulta Externa                                | 363 | CIRUGÍA DE LA MANO                      | DHSS0616911 |
| Consulta Externa                                | 366 | CIRUGÍA DE TORAX                        | DHSS0616912 |
| Consulta Externa                                | 367 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL                | DHSS0222748 |
| Consulta Externa                                | 372 | CIRUGÍA VASCULAR                        | DHSS0616913 |
| Consulta Externa                                | 379 | GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA                  | DHSS0222751 |
| Consulta Externa                                | 384 | NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA                   | DHSS0222752 |
| Consulta Externa                                | 388 | NEUROPEDIATRÍA                          | DHSS0222754 |
| Consulta Externa                                | 411 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL                    | DHSS0222755 |
| Consulta Externa                                | 420 | VACUNACIÓN                              | DHSS0222756 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 706 | LABORATORIO CLÍNICO                     | DHSS0222757 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 709 | QUIMIOTERAPIA                           | DHSS0378008 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 714 | SERVICIO FARMACÉUTICO                   | DHSS0222759 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 717 | LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS | DHSS0222760 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL                     | DHSS0222761 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 729 | TERAPIA RESPIRATORIA                    | DHSS0222762 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 731 | LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA          | DHSS0222763 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 739 | FISIOTERAPIA                            | DHSS0222764 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 740 | FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE  | DHSS0222765 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 742 | DIAGNÓSTICO VASCULAR                    | DHSS0222766 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 743 | HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO          | DHSS0222767 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 744 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS – IONIZANTES      | DHSS0222768 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 745 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES   | DHSS0338743 |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 746 | GESTION PRE-TRANSFUSIONAL               | DHSS0222769 |

|   |                               |                |   |
|---|-------------------------------|----------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 5 de 66 | <b>01/08/2021</b>   |

|   |      |                                     |             |
|---|------|-------------------------------------|-------------|
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 747  | PATOLOGÍA                           | DHSS0222770 |
| Atención Inmediata                              | 1101 | ATENCIÓN DEL PARTO                  | DHSS0222771 |
| Atención Inmediata                              | 1102 | URGENCIAS                           | DHSS0222772 |
| Atención Inmediata                              | 1103 | TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO       | DHSS0222773 |
| Atención Inmediata                              | 1104 | TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO | DHSS0222774 |

| SEDE   | GRUPO DE SERVICIOS                              | CODIGO DE SERVICIO | NOMBRE DE SERVICIO                     | No DISTINTIVO |
|--|---|--------------------|--|---------------|
| <b>2. UNIDAD MATERNO INFANTIL MARIA JOSEFA CANELONES</b> | Consulta Externa                                | 306                | CIRUGÍA PEDIÁTRICA                     | DHSS0464602   |
|  | Consulta Externa                                | 320                | GINECOBISTETRICIA                      | DHSS0464603   |
|  | Consulta Externa                                | 335                | OFTALMOLOGÍA                           | DHSS0464604   |
|  | Consulta Externa                                | 337                | OPTOMETRÍA                             | DHSS0464605   |
|  | Consulta Externa                                | 342                | PEDIATRÍA                              | DHSS0464606   |
|  | Consulta Externa                                | 344                | PSICOLOGÍA                             | DHSS0464607   |
|  | Consulta Externa                                | 356                | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD        | DHSS0464608   |
|  | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 740                | FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHSS0464609   |
| SEDE   | GRUPO DE SERVICIOS                              | CODIGO DE SERVICIO | NOMBRE DE SERVICIO                     | No DISTINTIVO |
| <b>3. CONSULTA EXTERNA EDIFICIO COLON</b>                | Consulta Externa                                | 301                | ANESTESIA                              | DHSS0537359   |
|  | Consulta Externa                                | 304                | CIRUGÍA GENERAL                        | DHSS0537360   |
|  | Consulta Externa                                | 308                | DERMATOLOGÍA                           | DHSS0537361   |
|  | Consulta Externa                                | 309                | DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS            | DHSS0537362   |
|  | Consulta Externa                                | 310                | ENDOCRINOLOGÍA                         | DHSS0537363   |
|  | Consulta Externa                                | 323                | INFECTOLOGÍA                           | DHSS0537364   |
|  | Consulta Externa                                | 326                | MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE          | DHSS0537365   |
|  | Consulta Externa                                | 329                | MEDICINA INTERNA                       | DHSS0537366   |
|  | Consulta Externa                                | 330                | NEFROLOGÍA                             | DHSS0537367   |
|  | Consulta Externa                                | 331                | NEUMOLOGÍA                             | DHSS0537368   |
|  | Consulta Externa                                | 332                | NEUROLOGÍA                             | DHSS0537369   |
|  | Consulta Externa                                | 345                | PSIQUIATRÍA                            | DHSS0537370   |
|  | Consulta Externa                                | 348                | REUMATOLOGÍA                           | DHSS0537371   |
|  | Consulta Externa                                | 355                | UROLOGÍA                               | DHSS0537372   |
|  | Consulta Externa                                | 365                | CIRUGÍA DERMATOLÓGICA                  | DHSS0537373   |
|  | Consulta Externa                                | 369                | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA            | DHSS0537374   |
|  | Consulta Externa                                | 373                | CIRUGÍA ONCOLÓGICA                     | DHSS0539904   |
|  | Consulta Externa                                | 387                | NEUROCIRUGÍA                           | DHSS0537375   |
| Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica          | 739   | FISIOTERAPIA       | DHSS0591252                            |               |

| SEDE             | GRUPO DE SERVICIOS                              | No        | GRUPO DE SERVICIOS                              | No        |
|------------------|---|-----------|---|-----------|
| 1                | Internación                                     | 9         | Internación                                     | 9         |
|                  | Quirúrgicos                                     | 16        | Quirúrgicos                                     | 16        |
|                  | Consulta Externa                                | 18        | Consulta Externa                                | 43        |
|                  | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 15        | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 17        |
|                  | Atención Inmediata                              | 4         | Atención Inmediata                              | 4         |
| <b>SUB TOTAL</b> | <b>SEDE 1</b>                                   | <b>62</b> | <b>TOTAL ESE</b>                                | <b>89</b> |
| 2                | Consulta Externa                                | 7         |   |           |
|                  | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 1         |   |           |

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

|   |                               |                       |   |
|---|-------------------------------|-----------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                       |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |                       |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>Página 6 de 66</b> | <b>01/08/2021</b>   |

|                  |   |           |  |
|------------------|---|-----------|--|
| <b>SUB TOTAL</b> | <b>SEDE 2</b>                                   | <b>8</b>  |  |
| <b>3</b>         | Consulta Externa                                | 18        |  |
|                  | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 1         |  |
| <b>SUB TOTAL</b> | <b>SEDE 3</b>                                   | <b>19</b> |  |

El Hospital ha desarrollado estrategias de apoyo a la gestión de la atención de calidad y calidez a través de los programas de alta complejidad y seguimiento comunitario, los cuales en acompañamiento de los equipos interdisciplinarios dan soporte a la garantía de la aplicación de la política de servicios de salud de alta calidad.

Entendiendo esta estructura se discriminan las camas habilitadas para la prestación de los servicios:

| SERVICIO                            | SERVICIO          | UBICACIÓN | ALA       | No CAMAS Habilitadas |
|-------------------------------------|-------------------|-----------|-----------|----------------------|
| <b>SEDE CENTRAL</b>                 |                   |           |           |                      |
| <b>INTERNACIÓN</b>                  |                   |           |           |                      |
| <b>HOSPITALIZACIÓN</b>              | ADULTO            | SEPTIMO   | SUR       | 24                   |
|                                     | ADULTO            | SEXTO     | SUR       | 18                   |
|                                     | ADULTO            | SEXTO     | NORTE     | 20                   |
|                                     | ADULTO            | QUINTO    | NORTE     | 21                   |
|                                     | ADULTO            | TERCERO   | SUR       | 20                   |
|                                     | ADULTO            | SOTANO    | NORTE     | 0                    |
|                                     | SUBTOTAL SERVICIO |           |           | 103                  |
|                                     | ADULTO            | SEGUNDO   | GINECO    | 16                   |
|                                     | SUBTOTAL SERVICIO |           |           | 119                  |
|                                     | PEDIATRICO        | TERCERO   | NORTE     | 28                   |
| <b>TOTAL INTERNACIÓN</b>            |                   |           |           | <b>147</b>           |
| <b>UNIDAD DE CUIDADO NEONATAL</b>   | BASICO            | SEGUNDO   | SUR       | 9                    |
|                                     | INTERMEDIO        | SEGUNDO   | SUR       | 6                    |
|                                     | INTENSIVO         | SEGUNDO   | SUR       | 8                    |
|                                     | SUBTOTAL SERVICIO |           |           | 23                   |
| <b>UNIDAD DE CUIDADO PEDIATRICO</b> | INTERMEDIO        | SEPTIMO   | NORTE     | 2                    |
|                                     | INTENSIVO         | SEPTIMO   | SUR       | 10                   |
|                                     | SUBTOTAL SERVICIO |           |           | 12                   |
| <b>UNIDAD DE CUIDADO ADULTO</b>     | INTERMEDIO        | CUARTO    | SUR       | 1                    |
|                                     | INTERMEDIO        | QUINTO    | SUR       | 4                    |
|                                     | INTENSIVO         | CUARTO    | NORTE-SUR | 22                   |
|                                     | INTENSIVO         | QUINTO    | SUR       | 13                   |
|                                     | SUBTOTAL SERVICIO |           |           | 40                   |
| <b>TOTAL SERVICIO UCIs</b>          |                   |           |           | <b>75</b>            |
| <b>TOTAL CAMAS</b>                  |                   |           |           | <b>222</b>           |
| <b>QUIRURGICOS</b>                  |                   |           |           |                      |
| <b>SALAS DE CIRUGIA</b>             | QUIROFANOS        | SEGUNDO   | CENTRO    | 6                    |
| <b>TOTAL</b>                        |                   |           |           | <b>6</b>             |
| <b>ATENCIÓN DE PARTO</b>            |                   |           |           |                      |
| <b>ATENCIÓN INMEDIATA</b>           | SALA DE PARTOS    | SEGUNDO   | CENTRO    | 8                    |
| <b>TOTAL</b>                        |                   |           |           | <b>8</b>             |
| <b>URGENCIAS</b>                    |                   |           |           |                      |
| <b>CAMILLAS OBSERVACIÓN</b>         | PEDIATRICA        | PRIMERO   | NORTE     | 10                   |
|                                     | HOMBRES           | PRIMERO   | NORTE     | 7                    |
|                                     | MUJERES           | PRIMERO   | NORTE     | 8                    |
| <b>TOTAL CAMILLAS</b>               |                   |           |           | <b>25</b>            |
| <b>CONSULTORIOS</b>                 | AREA TRIAGUE      | PRIMERO   | CENTRO    | 2                    |

|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|  |               |         |                   |           |
|--|---------------|---------|-------------------|-----------|
|  | ADULTOS       | PRIMERO | CENTRO            | 4         |
|  | PEDIATRIA     | PRIMERO | CENTRO            | 1         |
|  | GINECOLOGIA   | SEGUNDO | CENTRO            | 2         |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>7</b>  |
| <b>PROCEDIMIENTOS</b>                                | PRCEDIMIENTOS | PRIMERO | NORTE             | 1         |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>1</b>  |
| <b>CONSULTA EXTERNA</b>                              |               |         |                   |           |
| <b>CONSULTORIOS</b>                                  | AMBULATORIO   | PRIMERO | NORTE             | 3         |
|  | ONCOLOGIA     | SEXTO   | SUR               | 1         |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>4</b>  |
| <b>SALA QUIMIOTERAPIA</b>                            | ONCOLOGIA     | SEXTO   | SUR               | 4         |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>4</b>  |
| <b>SEDE MARIA JOSEFA CANELONES- CONSULTA EXTERNA</b> |               |         |                   |           |
| <b>CONSULTORIOS</b>                                  | AMBULATORIO   | PRIMERO | ESPECIALISTA<br>S | 5         |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>5</b>  |
| <b>SEDE COLON- CONSULTA EXTERNA</b>                  |               |         |                   |           |
| <b>CONSULTORIOS</b>                                  | AMBULATORIO   | PRIMERO | ESPECIALISTA<br>S | 13        |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>13</b> |
| <b>PROCEDIMIENTOS</b>                                | AMBULATORIO   | PRIMERO | CENTRO            | 1         |
|  | <b>TOTAL</b>  |         |                   | <b>1</b>  |

**Fuente:** Oficina de calidad, habilitación de servicios con corte a 28 de diciembre de 2023

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en cumplimiento de su misión institucional brinda atención integral en salud a los pacientes, reconociendo la importancia de una alimentación adecuada cuenta con el manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10, donde se establecen los lineamientos para el suministro de alimentación a los pacientes de acuerdo a su patología.

La coordinación eficiente de los diferentes procesos internos de la E.S.E es un pilar fundamental para el logro de los objetivos institucionales y el continuo mejoramiento en la prestación de servicios de salud. Por lo que la E.S.E pretende satisfacer las necesidades específicas de cada paciente y beneficiario de los programas institucionales, brindando una atención oportuna que asegure su bienestar y recuperación.

En vista de lo expuesto, se requiere contratar el suministro de dietas terapéuticas para los pacientes y beneficiarios de los programas asistenciales de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja con un operador externo capaz de ejecutar el objeto contractual, dado que la institución carece de la infraestructura, mobiliario y personal capacitado para atender esta necesidad de manera interna.

El suministro de estas dietas terapéuticas se realizará en estricto cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad alimentaria, garantizando la diversidad y adecuación de las mismas a las necesidades médicas y nutricionales de los pacientes. Además, se espera una colaboración estrecha y una comunicación fluida entre la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y el proveedor externo para asegurar la eficacia y eficiencia en la prestación de este servicio esencial para la recuperación de los pacientes.



|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR.

**OBJETO: SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

### 1.3. CLASIFICACIÓN -UNSPSC- DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR.

Según la Guía para la codificación de bienes y servicios acuerdo con el código estándar de productos y servicios de Naciones Unidas Código: G-CBS-02, documento emitido por Colombia Compra Eficiente, componentes incluidos se encuentran identificados con los siguientes códigos UNSPSC:

| "Bien o Servicio a contratar" |         |       |           |   |
|-------------------------------|---------|-------|-----------|---|
| SEGMENTO                      | FAMILIA | CLASE | PRODUCTOS | DESCRIPCIÓN   |
| 50                            | 19      | 27    | 00        | Platos combinados empaquetados                                  |
| 78                            | 13      | 18    | 00        | Bodegaje y almacenamiento especializado                         |
| 80                            | 14      | 17    | 00        | Distribución  |
| 85                            | 15      | 15    | 00        | Tecnología de alimentos   |
| 85                            | 15      | 16    | 00        | Asuntos nutricionales   |
| 85                            | 15      | 17    | 00        | Planeación y ayuda de política de Alimentos                     |
| 90                            | 10      | 16    | 00        | Servicios de banquetes y catering                               |
| 93                            | 13      | 16    | 00        | Planeación y programas de políticas de alimentación y nutrición |

### 1.4. CONDICIONES TÉCNICAS DEL OBJETO DEL CONTRATO.

El manejo integral del paciente hospitalizado incluye el tratamiento nutricional que se enfoca en el manejo de dietas terapéuticas basadas en la patología y en el componente educativo dirigido al paciente y su familia.

Por tal razón, conseguir un equilibrio en la dieta es uno de los grandes objetivos de la ciencia de la nutrición. Este equilibrio no es otro que suministrar al organismo los nutrientes esenciales que son carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua en las cantidades suficientes y necesarias para mantener un adecuado estado nutricional y en el caso del paciente hospitalizado; la dieta debe cumplir todas las características especiales y ajustarse a las necesidades nutricionales de su patología, con el fin de lograr una mejoría en su estado de salud.

La E.S.E cuenta con un manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10 donde se estipulan los lineamientos para el control de calidad, seguridad alimentaria y asesoría para el diseño y planificación de menús acorde a las diferentes patologías de los pacientes, donde además se establecen los siguientes tipos de dietas:

| <b>LISTADO DE DIETAS</b> |                               |       |
|--------------------------|-------------------------------|-------|
| DESAYUNO                 |                               |       |
| D1                       | AMIGOS DEL CORAZÓN            | AC    |
| D2                       | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO | AC-P  |
| D3                       | ASTRINGENTE                   | AST   |
| D4                       | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA        | AST-P |
| D5                       | BLANDA MECÁNICA               | BM    |

|   |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |   |                 |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-28</b>                                 | <b>FORMATO</b>  | Página 11 de 70 |   |
| <b>VERSIÓN: 03</b>                                    | <b>ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PÚBLICA</b> |                 | <b>15/02/2024</b>   |

necesidades específicas de cada paciente y beneficiario de los programas institucionales, brindando una atención oportuna que asegure su bienestar y recuperación.

En vista de lo expuesto, se requiere contratar el suministro de dietas terapéuticas para los pacientes y beneficiarios de los programas asistenciales de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja con un operador externo capaz de ejecutar el objeto contractual, dado que la institución carece de la infraestructura, mobiliario y personal capacitado para atender esta necesidad de manera interna.

El suministro de estas dietas terapéuticas se realizará en estricto cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad alimentaria, garantizando la diversidad y adecuación de las mismas a las necesidades médicas y nutricionales de los pacientes. Además, se espera una colaboración estrecha y una comunicación fluida entre la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y el proveedor externo para asegurar la eficacia y eficiencia en la prestación de este servicio esencial para la recuperación de los pacientes.

### 3. OBJETO A CONTRATAR Y ESPECIFICACIONES

#### 3.1. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR:

SUMINISTRO DE DIETAS NUTRICIONALES PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

#### 3.2. ALCANCE DEL OBJETO:

Provisión de dietas nutricionales para pacientes de las unidades de urgencias, hospitalización y UCIS, beneficiarios de programas asistenciales como IAMII y madre canguro, el suministro incluye preparación en planta de producción externa al Hospital, transporte hasta el sitio de entrega en la E.S.E, alistamiento y servido, en los tiempos y horarios establecidos, menaje, personal, mobiliario, insumos, materia prima y en adherencia al manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10, protocolo de limpieza y desinfección VSP-PT05 V8, sistemas integrados de gestión, planes proyectos encaminados a la acreditación, y las demás que las sustituyan.

#### 3.3. IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO EN EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS

El objeto de la contratación se encuentra identificado con el siguiente(s) código(s):

| SEGMENTO | FAMILIA | CLASE | PRODUCTOS | DESCRIPCIÓN   |
|----------|---------|-------|-----------|---|
| 50       | 19      | 27    | 00        | Platos combinados empaquetados                                  |
| 78       | 13      | 18    | 00        | Bodegaje y almacenamiento especializado                         |
| 80       | 14      | 17    | 00        | Distribución  |
| 85       | 15      | 15    | 00        | Tecnología de alimentos   |
| 85       | 15      | 16    | 00        | Asuntos nutricionales   |
| 85       | 15      | 17    | 00        | Planeación y ayuda de política de Alimentos                     |
| 90       | 10      | 16    | 00        | Servicios de banquetes y catering                               |
| 93       | 13      | 16    | 00        | Planeación y programas de políticas de alimentación y nutrición |

**3.4. VALOR DEL CONTRATO:** El presupuesto estimado para la ejecución del futuro contrato es por la suma de **MIL NOVECIENTOS VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$ 1.923.798.540).**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |   |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-28</b>                                 | <b>FORMATO</b>  |   |
| <b>VERSIÓN: 03</b>                                    | <b>ESTUDIO PREVIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA REQUERIMIENTOS, SUBASTA INVERSA O CONVOCATORIA PÚBLICA</b> | Página 12 de 70   |
|   |   | <b>15/02/2024</b>   |

- 3.5. PLAZO DE EJECUCIÓN:** Desde la suscripción del acta de inicio hasta 30 de septiembre de 2024.
- 3.6. LUGAR:** Instalaciones de la sede principal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y Unidad Materno Infantil.
- 3.7. FORMA DE PAGO:** El valor del contrato se pagará conforme a las facturas presentadas por el contratista, de acuerdo a los valores pactados, previa revisión de los soportes, con recibo a satisfacción por parte de los supervisores del contrato, dentro de los noventa (90) días siguientes a su radicación.

**4. SUPERVISIÓN**  
 La supervisión estará a cargo de la **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA** para el componente jurídico, administrativo y financiero y **SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** para el componente técnico con el apoyo del personal asignado al Área de servicios de apoyo administrativo de los procesos tercerizados y el proceso de nutrición, quienes realizarán el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico, y tendrá las funciones que por la índole y naturaleza le sean propias en los términos del artículo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011: artículo 28 y 29 de la Resolución Interna No. 173 de 2021 (Manual de Contratación); Resolución Interna No. 260 de 2014 (Manual de Interventoría y/o supervisión de los contratos).

**5. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

**5.1. SOPORTE TÉCNICO DEL BIEN O SERVICIO:**

El manejo integral del paciente hospitalizado incluye el tratamiento nutricional que se enfoca en el manejo de dietas terapéuticas basadas en la patología y en el componente educativo dirigido al paciente y su familia.

Por tal razón, conseguir un equilibrio en la dieta es uno de los grandes objetivos de la ciencia de la nutrición. Este equilibrio no es otro que suministrar al organismo los nutrientes esenciales que son carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua en las cantidades suficientes y necesarias para mantener un adecuado estado nutricional y en el caso del paciente hospitalizado; la dieta debe cumplir todas las características especiales y ajustarse a las necesidades nutricionales de su patología, con el fin de lograr una mejoría en su estado de salud.

La E.S.E cuenta con un manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10 donde se estipulan los lineamientos para el control de calidad, seguridad alimentaria y asesoría para el diseño y planificación de menús acorde a las diferentes patologías de los pacientes, donde además se establecen los siguientes tipos de dietas:

| <b>LISTADO DE DIETAS</b> |                                 |          |
|--------------------------|---------------------------------|----------|
| <b>DESAYUNO</b>          |                                 |          |
| D1                       | AMIGOS DEL CORAZÓN              | AC       |
| D2                       | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO   | AC-P     |
| D3                       | ASTRINGENTE                     | AST      |
| D4                       | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA          | AST-P    |
| D5                       | BLANDA MECÁNICA                 | BM       |
| D6                       | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA      | BM-P     |
| D7                       | BLANDA POSQUIRÚRGICA            | BQX      |
| D8                       | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA | BQX-P    |
| D9                       | CETOGÉNICA                      | CETO     |
| D10                      | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA           | CETO-P   |
| D11                      | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)    | C1       |
| D12                      | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)   | C2       |
| D13                      | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)  | C3       |
| D14                      | HIPERPROTEICA                   | HPR      |
| D15                      | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA        | HPR-P    |
| D16                      | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA     | HPR-HCAL |

|   |                               |                       |   |
|---|-------------------------------|-----------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                       |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 9 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                       | <b>01/08/2021</b>   |

|               |   |                  |
|---------------|---|------------------|
| D6            | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA              | BM-P             |
| D7            | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX              |
| D8            | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA         | BQX-P            |
| D9            | CETOGÉNICA                              | CETO             |
| D10           | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA                   | CETO-P           |
| D11           | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)            | C1               |
| D12           | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)           | C2               |
| D13           | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)          | C3               |
| D14           | HIPERPROTEICA                           | HPR              |
| D15           | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                | HPR-P            |
| D16           | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA             | HPR-HCAL         |
| D17           | HIPERPROTEICA -HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | HPR-HCAL-P       |
| D18           | HIPOGLUCIDA                             | HGL              |
| D19           | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                  | HGL-P            |
| D20           | HIPOGRASA                               | HGR              |
| D21           | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                    | HGR-P            |
| D22           | HIPOSODICA                              | HS               |
| D23           | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                   | HS-P             |
| D24           | LACTO-OVO-VEGETARIANA                   | VT               |
| D25           | LÍQUIDA CLARA                           | LC               |
| D26           | LÍQUIDA TOTAL                           | LT               |
| D27           | NEUTROPÉNICA                            | IN               |
| D28           | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA                 | IN-P             |
| D29           | NORMAL                                  | N                |
| D30           | NORMAL AUTORIZADA                       | N                |
| D31           | NORMAL IAMII                            | IAMII            |
| D33           | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1             |
| D34           | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2             |
| D35           | PAPILLA                                 | PAPILLA          |
| D36           | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL    |
| D37           | RENAL DIÁLISIS                          | RD               |
| D38           | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA               | RD-P             |
| D39           | RENAL PREDIÁLISIS                       | RP               |
| D40           | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA            | RP-P             |
| <b>NUEVES</b> |   |                  |
| N1            | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC               |
| N2            | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX              |
| N3            | COMPLEMENTARIA 1                        | C1               |
| N4            | COMPLEMENTARIA 2                        | C2               |
| N5            | COMPLEMENTARIA 3                        | C3               |
| N6            | HIPOGLÚCIDA                             | HGL              |
| N7            | JUGO ALTO EN FIBRA (JUGO BOMBA)         | JB               |
| N8            | KIT DE ALIMENTOS                        | KIT DE ALIMENTOS |
| N9            | LÍQUIDA CLARA                           | LC               |
| N10           | LÍQUIDA TOTAL                           | LT               |
| N11           | MAMÁ CANGURO                            | N                |

|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|                 |   |               |
|-----------------|---|---------------|
| N12             | NORMAL                                  | N             |
| N13             | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1          |
| N14             | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2          |
| N15             | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL |
| N16             | PAPILLA                                 | PAPILLA       |
| N17             | REFRIGERIO REFORZADO                    | RR            |
| <b>ALMUERZO</b> |   |               |
| A1              | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC            |
| A2              | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO           | AC-P          |
| A3              | ASTRÍNGENTE                             | AST           |
| A4              | ASTRÍNGENTE PEDIÁTRICA                  | AST-P         |
| A5              | BLANDA MECÁNICA                         | BM            |
| A6              | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA              | BM-P          |
| A7              | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BOX           |
| A8              | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA         | BOX-P         |
| A9              | CETOGÉNICA                              | CETO          |
| A10             | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA                   | CETO-P        |
| A11             | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)            | C1            |
| A12             | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)           | C2            |
| A13             | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)          | C3            |
| A14             | HIPERPROTEICA                           | HPR           |
| A15             | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                | HPR-P         |
| A16             | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA             | HPR-HCAL      |
| A17             | HIPERPROTEICA -HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | HPR-HCAL-P    |
| A18             | HIPOGLUCIDA                             | HGL           |
| A19             | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                  | HGL-P         |
| A20             | HIPOGRASA                               | HGR           |
| A21             | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                    | HGR-P         |
| A22             | HIPOSODICA                              | HS            |
| A23             | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                   | HS-P          |
| A24             | LACTO-OVO-VEGETARIANA                   | VT            |
| A25             | LÍQUIDA CLARA                           | LC            |
| A26             | LÍQUIDA TOTAL                           | LT            |
| A27             | NEUTROPÉNICA                            | IN            |
| A28             | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA                 | IN-P          |
| A29             | NORMAL                                  | N             |
| A30             | NORMAL AUTORIZADA                       | N             |
| A31             | NORMAL IAMII                            | IAMII         |
| A33             | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1          |
| A34             | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2          |
| A35             | PAPILLA                                 | PAPILLA       |
| A36             | PERSONAL DE PLANTA                      | N             |
| A37             | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL |
| A38             | RENAL DIÁLISIS                          | RD            |
| A39             | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA               | RD-P          |
| A40             | RENAL PREDIÁLISIS                       | RP            |

|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|              |   |                  |
|--------------|---|------------------|
| A41          | RENAL PREDIALISIS PEDIÁTRICA            | RP-P             |
| A42          | SOPA TÍPICA                             | ST               |
| <b>ONCES</b> |   |                  |
| O1           | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC               |
| O2           | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX              |
| O3           | COMPLEMENTARIA 1                        | C1               |
| O4           | COMPLEMENTARIA 2                        | C2               |
| O5           | COMPLEMENTARIA 3                        | C3               |
| O6           | HIPOGLÚCIDA                             | HGL              |
| O7           | JUGO ALTO EN FIBRA (JUGO BOMBA)         | JB               |
| O8           | KIT DE ALIMENTOS                        | KIT DE ALIMENTOS |
| O9           | LÍQUIDA CLARA                           | LC               |
| O10          | LÍQUIDA TOTAL                           | LT               |
| O11          | NORMAL                                  | N                |
| O12          | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1             |
| O13          | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2             |
| O14          | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL    |
| O15          | PAPILLA                                 | PAPILLA          |
| O16          | REFRIGERIO REFORZADO                    | RR               |
| <b>CENA</b>  |   |                  |
| C1           | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC               |
| C2           | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO           | AC-P             |
| C3           | ASTRINGENTE                             | AST              |
| C4           | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA                  | AST-P            |
| C5           | BLANDA MECÁNICA                         | BM               |
| C6           | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA              | BM-P             |
| C7           | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX              |
| C8           | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA         | BQX-P            |
| C9           | CETOGÉNICA                              | CETO             |
| C10          | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA                   | CETO-P           |
| C11          | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)            | C1               |
| C12          | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)           | C2               |
| C13          | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)          | C3               |
| C14          | HIPERPROTEICA                           | HPR              |
| C15          | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                | HPR-P            |
| C16          | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA             | HPR-HCAL         |
| C17          | HIPERPROTEICA -HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | HPR-HCAL-P       |
| C18          | HIPOGLÚCIDA                             | HGL              |
| C19          | HIPOGLÚCIDA PEDIÁTRICA                  | HGL-P            |
| C20          | HIPOGRASA                               | HGR              |
| C21          | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                    | HGR-P            |
| C22          | HIPOSODICA                              | HS               |
| C23          | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                   | HS-P             |
| C24          | LACTO-OVO-VEGETARIANA                   | VT               |
| C25          | LÍQUIDA CLARA                           | LC               |
| C26          | LÍQUIDA TOTAL                           | LT               |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 12 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|                   |                                 |               |
|-------------------|---------------------------------|---------------|
| C27               | NEUTROPÉNICA                    | IN            |
| C28               | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA         | IN-P          |
| C29               | NORMAL                          | N             |
| C30               | NORMAL AUTORIZADA               | N             |
| C31               | NORMAL IAMII                    | IAMII         |
| C33               | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)  | NP-1          |
| C34               | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS) | NP-2          |
| C35               | PAPILLA                         | PAPILLA       |
| C36               | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL   | MENÚ ESPECIAL |
| C37               | RENAL DIÁLISIS                  | RD            |
| C38               | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA       | RD-P          |
| C39               | RENAL PREDIÁLISIS               | RP            |
| C40               | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA    | RP-P          |
| C41               | SOPA TÍPICA                     | ST            |
| <b>REFRIGERIO</b> |                                 |               |
| R1                | REFRIGERIO NOCTURNO             |               |
| R2                | REFRIGERIO PLAN ESPECIAL        |               |
| R4                | REFRIGERIO REFORZADO            |               |
| R5                | REFRIGERIO AUTORIZADO           |               |

1. Contar con una planta de producción externa, avalada y con concepto sanitario favorable expedido por autoridad competente.
2. Contar con una planta alterna como plan de contingencia ante situaciones imprevistas que puedan afectar el suministro de alimentos.
3. Contar con los vehículos automotores necesarios para transportar los alimentos, que cumplan con la normativa que les rige y cuenten con concepto sanitario favorable expedido por autoridad competente.
4. Contar con un plan de contingencia que garantice el transporte de alimentos en condiciones de calidad, suficiencia e inocuidad en caso de presentarse situación imprevista.
5. Contar con mínimo 4 carro termos con una estructura fabricada en lamina de acero inoxidable, con cierre hermético, compartimientos para bandejas porta alimentos, interruptor para prender y apagar, piloto automático que indique el encendido, termostato, conexión de corriente a 120V, de cuatro ruedas y freno.
6. Contar con mínimo 4 carros de servicio o recolección de menaje, de material liviano y de fácil limpieza y desinfección.
7. Contar con 10 contenedores plásticos transparentes de 50 litros, con tapa para la disposición de menaje autorizado en los servicios de acuerdo al manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10.
8. Garantizar que los pacientes con dietas normales puedan tener la opción de un flexi-menú, respecto a las proteínas de acuerdo al manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10.
9. Garantizar la conservación diaria de una muestra y contramuestra de alimentos, de 100 gr, almacenados como mínimo 72 horas y rotuladas (fecha, hora, tipo de alimento, firma), con el fin de realizar los análisis pertinentes en caso de presentarse brotes por enfermedad transmitida por alimentos.
10. La presentación del menaje será variable acorde con las necesidades de cada servicio de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Tunja. Sin embargo, todos los elementos que la constituyan deberán estar en perfecto estado y se deben adherir al Protocolo Institucional vigente, consultar Protocolo de Limpieza y Desinfección de áreas hospitalarias VSP-PT-08.

|  |                        |   |
|--|------------------------|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA |                        |  |
| CÓDIGO: C-F-34                                 | FORMATO                |   |
| VERSIÓN: 01                                    | TÉRMINOS DE REFERENCIA | Página 13 de 66   |
|  |                        | 01/08/2021  |

| MEDIANAS DE MATERIALES DE MENAJE Y PRESENTACIÓN   |  |
|---|--|
| PARA LAS PRINCIPALES COMIDAS  |  |
| PRESENTACIÓN  | MATERIAL   |
| Pocillo para bebida caliente o fría con capacidad máxima de 240 cc  | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                        |
| Plato para caldo, licuado, papilla con capacidad en promedio de 240 – 360 cc.   | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                        |
| Plato para el queso o sustituto   | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                        |
| Bandeja plástica mediana y pequeña  | De color uniforme, de fácil lavado, en las cantidades necesarias.  |
| Azúcar, edulcorante o sal   | En empaque individual, según solicitud   |
| Plato para los alimentos secos: Carne, arroz, energético.   | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                        |
| Servilleta  | Papel blanco   |
| Adhesivos para marcar las dieta del paciente  | El adhesivo deberá estar marcado con datos del paciente (nombre del paciente, número de cama, tipo de dieta, y los pacientes con alergia deben especificar tipo de alergia de un color llamativo). |
| Cubiertos en empaque individual: cuchara sopera, tenedor, cuchillo, empaque individual, mezclador de bebidas en material biodegradable. | En acero inoxidable, material biodegradable para el caso del mezclador.<br><u>Cubiertos: tenedor y cuchara para las dietas pediátricas complementaria I y psiquiátricos. En goma y/o melamina</u>  |
| Recipiente plástico transparente, con cierre hermético de fácil limpieza y desinfección.  | Deberá reposar en cada piso para la respectiva recolección del menaje para los casos de dietas que hayan quedado por diferentes circunstancias.  |
| Vaso de 2 – 3 onzas para el postre  | En porcelana, melamina.  |

|   |                               |                 |   |
|---|-------------------------------|-----------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                 |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |                 |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 14 de 66 | <b>01/08/2021</b>   |

|  |   |
|--|---|
| Loza desechable de cartón  | <p>Se empleará desechables de cartón en UCI Adulto y UCI Pediatría. Esto con el fin de no emplear desechables de plásticos.</p> <p>Según el <b>DECRETO 0383 DE 2019</b>, por el cual se prohíben los plásticos de un solo uso en los procesos de contratación de la Gobernación del departamento.</p> |
| <b>Entre comidas: Nueves, Onces y Refrigerio nocturno</b>  |   |
| Vaso o recipiente en material biodegradable para la bebida con capacidad según el requerimiento, con tapa o vinipelado   |   |
| Cubiertos Cuchara o tenedor en material metálico o biodegradable.  |   |
| Recipiente transparente en material biodegradable.   |   |
| Bandeja para ingresar el alimento a las habitaciones a necesidad.  |   |
| <p>NOTA: los recipientes que se solicitan en desechable material biodegradable, deberán permanecer intactos al ser expuesto a temperaturas calientes o frías, líquidos o sólidos.</p> <p>Este tipo de recipiente solo se empleará para los pacientes con aislamiento aéreo y según necesidad del paciente.</p> |   |

**PARAGRAFO:** La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja proporcionara al contratista un espacio físico dentro de las instalaciones para el ensamble de dietas hospitalarias.

**MODALIDAD DEL SERVICIO:** Descentralizado

**CONDICIONES DEL MENÚ PARA PACIENTES:** SMN-M-02 MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES TERAPÉUTICAS V10 y PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS VSP-PT-08 de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

**Horario de solicitud, cancelación y adición de dietas hospitalarias:**

SMN-M-02 MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES TERAPÉUTICAS V10

### 1.5. REQUISITOS MÍNIMOS DE GESTIÓN AMBIENTAL, GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| <b>GESTIÓN AMBIENTAL</b>   |  |                                       |                          |
|----------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|
| <b>CONDICIÓN</b>           | <b>REQUISITO</b>   | <b>OBSERVACIÓN</b>                    | <b>APLICA/ NO APLICA</b> |
| PLAN DE SANEAMIENTO BÁSICO | El contratista deberá presentar el plan de Saneamiento Básico que cuente con los | Para adjudicación del contrato aplica | APLICA                   |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 15 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|  |  |   |               |
|--|--|---|---------------|
|  | <p>siguientes componentes tanto para la planta de producción, como para la infraestructura asignada por el Hospital para el cumplimiento del objeto contractual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de limpieza y desinfección de ambientes, superficies y alimentos.</li> <li>• Programa de control integral de plagas: En cuanto a este programa es de obligatorio cumplimiento que el contratista realice el control de plagas con cronograma de frecuencia mensual en la planta y en la infraestructura asignada por el contratante.</li> <li>• Programa de manejo de residuos sólidos y líquidos (Incluyendo los residuos líquidos provenientes del descomide hospitalario).</li> <li>• Programa de abastecimiento de agua apta para consumo humano</li> </ul> <p>El contratista deberá garantizar el lavado de tanques de la planta de producción cada 6 meses, según norma vigente; de igual manera debe presentar certificación y concepto favorable de la empresa que realiza los lavados, emitido por la secretaria de salud.</p> <p>El contratista deberá presentar y mantener concepto favorable vigente expedido por la autoridad competente durante la ejecución del contrato de la planta de producción</p> <p>El contratista deberá tramitar el concepto sanitario de la infraestructura asignada por el Hospital de acuerdo a la normatividad que le rige.</p> | <p>concepto sanitario vigente de la planta, expedido por autoridad competente</p> <p>Posterior a la firma del acta de inicio aplica plan de saneamiento básico para infraestructura asignada por el Hospital y trámite de concepto sanitarios según norma</p> |               |
| <p>REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DE GENERADOR DE ACU</p> | <p>Inscripción ante la Corporación Autónoma Regional pertinente, de igual manera debe presentar los reportes elaborados ante la corporación autónoma regional tal y como lo dicta la normativa legal colombiana (Resolución 316 de 2018).</p> <p>El contratista notificará el informe presentado a la Corporación Autónoma Regional de los aceites de cocina generados durante el periodo de operación de la prestación del servicio. Se debe realizar disposición final del aceite recolectado en los puntos autorizados y notificar al sistema de gestión ambiental las cantidades con el respectivo soporte de disposición final del mismo.</p>   | <p>Posterior a la celebración del contrato por una única vez y dentro mes siguiente a la firma del acta de inicio.</p>  | <p>APLICA</p> |

*[Handwritten signature]*

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 16 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|  |  |  |        |
|--|--|--|--------|
| <b>RESIDUOS SOLIDOS</b>                | <p>Cumplir con los lineamientos definidos en el decreto 351 de 2014, gestión integral de los residuos generados en la atención en salud. Para lo cual el contratista se compromete a notificar mensualmente al responsable del sistema de gestión ambiental SGA, las acciones a realizar y los reportes solicitados acerca de la disposición de los residuos biodegradables, ordinarios y reciclables</p> <p>De igual manera brindará toda la información de la empresa o persona natural que prestará el servicio de recolección de los desechos biodegradables sólidos y líquidos (El cual deberá contar con los permisos que apliquen para el desarrollo de la actividad y por autoridad competente).</p> <p>En caso de realizarse aprovechamiento, de manera mensual deberá reportar el peso de los residuos generados al responsable de gestión ambiental (Diligenciamiento de formato RH1).</p> <p>Contar con canecas de pedal y contenedores de residuos teniendo en cuenta la codificación de colores, debidamente rotuladas y en condiciones adecuadas según lo establecido en la Resolución 1164 de 2002, de igual manera se debe garantizar el lavado diario de las canecas y contenedores utilizados para disposición de residuos mediante la etiqueta de desinfección diaria.</p> <p>El contratista debe presentar certificación de la disposición final que se realiza con cada uno de los tipos de residuos generados, para los residuos orgánicos aprovechables deberá presentar la debida certificación con RUT de la empresa que los recibe en caso de comportarlos.</p> <p>El contratista debe contar con bascula independiente para el pesaje de los residuos generados por la actividad</p> | Posterior a la celebración del contrato, como obligación contractual | APLICA |
| <b>REPRESENTANTE GESTION AMBIENTAL</b> | <p>El contratista debe contar con un responsable que documente y sustente los reportes exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental de la institución ante visitas de entes de control, comités y demás seguimientos que se realicen por parte de la Institución.</p> <p>La persona encargada de la documentación de la información ambiental, debe contar con certificaciones de curso de manejo y almacenamiento adecuado de sustancias químicas y manejo de residuos sólidos.</p>   | Posterior a la celebración del contrato, como obligación contractual | APLICA |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 17 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|                            |   |  |               |
|----------------------------|---|--|---------------|
| <b>SUSTANCIAS QUÍMICAS</b> | <p>El contratista debe garantizar el cumplimiento de la Resolución 773 de 2021, para lo cual debe etiquetar la totalidad de sustancias químicas que emplee según la normatividad vigente, al igual de contar con un almacenamiento adecuado de las mismas. Cada una de las sustancias químicas empleadas por el contratista debe contar con su respectiva hoja de seguridad y etiqueta y se deben ser entregadas al Sistema de Gestión ambiental para su revisión y aprobación. Suministro de kit de derrames en el servicio de alimentación y anualmente deben presentar el informe del simulacro realizado en caso de presentarse el derrame de las sustancias químicas utilizadas para limpieza y desinfección de las áreas.</p>   | Posterior a la celebración del contrato, como obligación contractual                                     | <b>APLICA</b> |
| <b>TOMA DE CONCIENCIA</b>  | <p>El contratista debe presentar al inicio del contrato su plan de capacitación de todo su personal donde incluya temáticas de saneamiento ambiental y manejo adecuado de sustancias químicas y presentar al responsable SGA, los soportes de cumplimiento mensual al mencionado plan.</p> <p>Atender las solicitudes de capacitación que corresponden a la responsable SGA del contratante en el marco de las obligaciones frente a los sistemas integrados de gestión.</p> <p>El responsable SGA del contratista realizará una evaluación de eficacia semestral de capacitación a sus trabajadores y presentar el informe en el que se evidencie los temas aprendidos y los resultados de conocimientos adquiridos.</p>   | Posterior a la celebración del contrato, como obligación contractual                                     | <b>APLICA</b> |
| <b>VERTIMIENTOS</b>        | <p>El contratista se compromete a <u>NO realizar vertimientos</u> de sustancias químicas, grasas o sus derivados ni residuos de alimentos al sistema de alcantarillado de la Institución y a instalar y realizar los mantenimientos mensuales de las trampas de grasa existentes y las que requiera el responsable de SGA.</p> <p>El contratista se compromete a realizar el análisis fisicoquímico y microbiológico de sus vertimientos para garantizar el cumplimiento de lo establecido por la norma vigente.</p> <p>El laboratorio de análisis debe contar con acreditación del IDEAM para poder validar el análisis de aguas, en caso de que en el análisis los parámetros evaluados por la Resolución 631 de 2015 se desvíen de los parámetros máximos permisibles, el contratista deberá instalar trampas de grasa o mecanismos de pretratamiento para mitigar el impacto.</p> | Posterior a la celebración del contrato, como obligación contractual una única vez durante la ejecución. | <b>APLICA</b> |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 18 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|                          |  |  |        |
|--------------------------|--|--|--------|
| PLASTICOS DE UN SOLO USO | <p>Cumplir lo previsto a la Ley 2232 de 2022 "Por la cual se establecen medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso y se dictan otras disposiciones", la alimentación deberá suministrarse en vajilla de porcelana y vasos de vidrio en adherencia a los manuales y protocolos institucionales. En caso de suministros para llevar que requieran el personal objeto del contrato, deberá entregarse en materiales amigables con el medio ambiente y con los costos a cargo de los solicitantes.</p> | Posterior a la celebración del contrato, como obligación contractual | APLICA |
|--------------------------|--|--|--------|

### SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD- ISO 9001

El contratista debe presentar Matriz de Riesgos una vez suscriba acta de inicio, donde identifique los posibles riesgos que afecten al usuario durante la prestación del servicio, trimestralmente, reportará al contratante como soporte de la cuenta, los avances y acciones contempladas en la misma, para seguimiento y acompañamiento del responsable del Sistema de Gestión de la calidad SGC

La Matriz debe contener como mínimo las siguientes variables:

| DESCRIPCION DEL RIESGO | CAUSAS DEL RIESGO | CONSECUENCIAS | CONTROLES DEL RIESGO | IMPACTO | PROBABILIDAD | NIVEL DE RIESGO | PLAN DE ACCION | RESPONSABLE | FECHA SEGUIMIENTO | EVIDENCIAS DE LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION | EFICACIA |
|------------------------|-------------------|---------------|----------------------|---------|--------------|-----------------|----------------|-------------|-------------------|---|----------|
|------------------------|-------------------|---------------|----------------------|---------|--------------|-----------------|----------------|-------------|-------------------|---|----------|

Fuente: Responsable sistema de gestión de calidad.

Cálculo del Nivel de Riesgo: Impacto\*Probabilidad

Eficacia: La ejecución del plan de acción cumple con el objetivo

Frente al proceso de acreditación en salud:

1. Articularse y alinearse con la filosofía, de acreditación e integrar los servicios prestados administrativos a los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización y en concordancia a las políticas y modelo de atención de la ESE.
2. Adherirse a protocolos, procedimientos, manuales y demás lineamientos institucionales que se requieran.
3. El contratista deberá atender las visitas de seguimiento realizadas por la Institución y desarrollar las acciones de mejora generadas.
4. Proyectar buena imagen en calidad de colaborador, así como identificarse portando en lugar visible el carné de identificación. Además, tener especial cuidado en el manejo de la información y comentarios que puedan llegar a afectar negativamente la imagen institucional.

### REQUISITOS MÍMIMOS SST-SSG

El contratista se compromete a adherirse al SST del Hospital y permitir la verificación periódica y durante el desarrollo de las actividades objeto del contrato en el cumplimiento de la normativa en seguridad y salud el trabajo, aportando la documentación que le sea requerida. Los siguientes son los requisitos:

|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

| <b>EMPRESA TERCERIZADAS DE APOYO CAFETERIA Y ALIMENTOS</b>  |                              |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| <b>CRITERIO</b>   | <b>ETAPA DE CUMPLIMIENTO</b> |                               |
|   | <b>PRECONTRACTUAL</b>        | <b>EJECUCION DEL CONTRATO</b> |
| Certificado de cumplimiento del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) según las especificaciones del Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Sección 2, capítulo 6, emitido por ARL y Evolución con certificación de ministerio de trabajo las anteriores deben evidenciar calificación mayor o igual a 75% en calificación | X                            | X                             |
| Contar con responsable de SST para lo cual debe allegar documentación del responsable del SGSST (HV, LICENCIA EN SST, CURSO DE 50 HORAS EN SST y CARTA DE DESIGNACIÓN RESPONSABLE DEL SG-SST) este debe cumplir con los criterios establecidos en la resolución 0312 de 2019 con un profesional, técnico o tecnólogo en SST.                                  | X                            | X                             |
| Compromiso de cumplimiento de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de su personal, considerando la rotación del personal o que este designado al cubrimiento de ausencias en la institución. Afiliación y pago del nivel de riesgo correspondiente y de acuerdo a la normatividad mínimo 3 (2.436%)  | X                            | X                             |
| Compromiso de suministrar a todo el personal a su cargo la dotación y los elementos de protección personal; salvo en los casos definidos en los contratos correspondientes, así como lo que aplica para cumplir los requisitos establecidos en la resolución 2674 de 2013, ARTICULO 14.   | X                            | X                             |
| Presentar matriz de requisitos legales y matriz de identificación de peligros y determinación de controles  | X                            | X                             |
| Presentar la matriz de elementos de protección personal que serán suministrados a sus trabajadores  | X                            |                               |
| Reporte mensual de Accidentes de trabajo, enfermedades laborales y ausentismo, ocurridos durante el periodo de vigencia del contrato en adherencia a los procedimientos internos de la Institución  |                              | X                             |
| Conformación de Brigadas las cuales deben estar capacitadas, dotadas e identificadas con un porcentaje mínimo que correspondan al 20% de la población trabajadora de la empresa y de adherencia al Plan Hospitalario de Emergencias   |                              | X                             |
| Aplicar durante la ejecución del contrato pruebas tamizaje de alcoholimetría Y toxicología en jornadas propias o en adherencia a las jornadas programadas en la Institución, estas deben ser por jornada correspondiente al 20% de la población en misión   |                              | X                             |
| Garantizar que el 100% de los trabajadores cuentan con esquema de vacunación según manual de bioseguridad de la institución, así como presentar la trazabilidad de sus esquemas de vacunación   |                              | X                             |
| Realizar los exámenes ocupacionales y complementarios de acuerdo a los requerimientos específicos definidos en el Profesiograma de la Institución, Contar con Examen Médico de Manipulador de Alimentos de la totalidad del personal.   | X                            | X                             |

*[Handwritten Signature]*

|   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                   |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>    |   |
| <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b>                         |                   | Página 20 de 66   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>01/08/2021</b> |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Contar con el carnet de Manipulación de Alimentos de cada uno de las personas que lo requieran para la realización de sus actividades, expedido por entidad acreditada por la Secretaría Distrital de Salud o quien haga sus veces, con renovación anual  | X | X |
| El Contratista deberá garantizar el proceso de inducción en SST e inducción específica en el puesto de trabajo del 100% del personal  |   | X |
| Contar con elementos de respuesta a emergencias propios, acorde con las actividades desarrolladas   |   | X |
| <b>EMPRESA TERCERIZADAS DE APOYO CON USO DE TRANSPORTE PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CONTRATADA</b>  |   |   |
| Contar con Plan Estratégico de Seguridad Vial PESV en cumplimiento de la normatividad aplicable que contenga como mínimo : Plan de capacitación de conductores, Listado de vehículos utilizados para la operación, Programa de mantenimiento de los vehículos referenciados, licencia de conducción de cada uno de los conductores, certificado de capacitación en manejo defensivo, evidencia de consulta en el SIMIT (sistema Integrado de Información sobre multas y sanciones por infracciones de tránsito.) de cada uno de los conductores colocados para el desarrollo de actividades | X | X |
| Certificado de aptitud médica en cumplimiento de la norma, los conductores deben contar con curso de manejo defensivo   | X | X |
| Presentar el Plan de Trabajo y capacitación del PESV  | X | X |
| Presentar Plan de mantenimiento de los vehículos  | X | X |
| Presentar evidencias de cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan y capacitaciones del PESV  | X | X |

## 1.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.

### 1.6.1. OBLIGACIONES GENERALES.

1. Suscribir el acta de inicio del contrato, junto con el supervisor de este, previa aprobación de las garantías en un término de tiempo no mayor a tres días.
2. Acatar las recomendaciones y directrices que durante el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E, a través del supervisor del contrato, sin que ello implique subordinación de ninguna naturaleza con el personal que presta el servicio y sin perjuicio de la autonomía que le corresponde al contratista.
3. Pagar los impuestos a que hubiere lugar de conformidad a lo establecido por el estatuto tributario y demás gravámenes del orden Nacional, Departamental y Municipal a que legalmente este obligado.
4. Salir al saneamiento de lo que hubiere como consecuencia del desarrollo de las actividades contratadas y que puedan derivar eventualmente una responsabilidad a cargo de la E.S.E.
5. Ejecutar y cumplir el objeto del contrato, de acuerdo con lo estipulado en el estudio previo de conveniencia y oportunidad, la propuesta presentada y las cláusulas del contrato.
6. Contar con una (1) planta de producción en la ciudad de Tunja avalada por la entidad territorial competente, que autorice el funcionamiento de esta y que cuente con concepto sanitario favorable.
7. Disponer de un vehículo para el transporte diario de alimentos, que cuente con concepto sanitario favorable, SOAT y revisión técnico mecánica vigente.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 21 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

8. Garantizar la minuta patrón estipulada en el MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS V10, un ciclo de menú de 28 días para dietas normales y dietas terapéuticas, y un ciclo de menús de 5 días para nueves u onces destinadas a madres cobijadas por el programa madre canguro.
9. Garantizar un ciclo de menú rápido para cada fecha especial/comercial por calendario y normatividad institucional (Cuaresma, día del niño, día de la madre, cumpleaños de los pacientes, día del padre, día del programa amigos del corazón, Halloween, Navidad, día mundial de la alimentación, de acuerdo con el MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS V10.
10. Garantizar el suministro de las dietas hospitalarias para pacientes y usuarios de programas institucionales de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
11. Dar cumplimiento al protocolo de salud por parte de los auxiliares asignados para la distribución de alimentación en los diferentes servicios de acuerdo al MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS SMN-M-02 V10.
12. Entregar la dieta al paciente dentro de la habitación en bandeja, para evitar contacto del alimento con la mesa y mejorar presentación. Conforme al protocolo PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN VSP-PT-08.
13. Disponer carros recolectores de bandejas y vajillas en material liviano, de fácil lavado y desinfección, que al desplazarse no generen ruido.
14. El material de las vajillas empleadas para la distribución de las dietas hospitalarias debe ser en porcelana, melamina o desechable de cartón de acuerdo con las disposiciones del protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria, además los cubiertos deberán ser en acero inoxidable homogéneos y con servilleta en bolsa de papel. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN VSP-PT-08.
15. Contar con mínimo 4 carro termos con una estructura fabricada en lamina de acero inoxidable, con cierre hermético, compartimentos para bandejas porta alimentos, interruptor para prender y apagar, piloto automático que indique el encendido, termostato, conexión de corriente a 120V, de cuatro ruedas y freno.
16. Garantizar la temperatura de los alimentos de acuerdo con el MANUAL DE DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS V10 (PAG 71).
17. Conservar diariamente una muestra (contramuestra de alimentos) de 100 g, almacenadas como mínimo 72 horas y rotuladas (fecha, hora, tipo de alimento, firma) con el fin de realizar los análisis pertinentes en caso de intoxicación alimentaria. SMN-M-02, MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS V10 (PAG 71).
18. Suscribir por parte del Representante Legal, el inventario de los bienes y/o elementos que entrega la institución en calidad de préstamo posterior a la firma del acta de inicio.
19. El contratista deberá abstenerse de realizar modificaciones a la infraestructura puesta a disposición por parte de la E.S.E sin que cuente con autorización alguna.
20. Para lo concerniente al Sistema de Gestión Ambiental, deberá adherirse al menos a condiciones de saneamiento básico, gestión de: residuos, ACU, sustancias químicas, vertimientos, plásticos de un solo uso, toma de conciencia y responsable del sistema. Numeral 5.3.1. de las especificaciones técnicas y disponer de sobras y desperdicios de acuerdo a los lineamientos establecidos por el SGA de la ESE y el protocolo VSP-PT-05 V8 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.
21. Para lo concerniente a SST deberá adherirse como mínimo: al pago de aportes a seguridad social y riesgo correspondiente, dotación de elementos de protección personal, matrices de identificación de peligros y requisitos legales, vacunación, manipulación de alimentos, reportes laborales: accidentes de trabajo, enfermedad laboral, ausentismo, gestión: brigadas, seguridad vial, capacitaciones, planes de mantenimiento preventivo y correctivo, aptitud de conductores, entre otros. Numeral 5.3.1. de las especificaciones técnicas.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 22 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

22. En lo concerniente a sistema de gestión de la calidad: contar con la matriz de que trata el Numeral 5.3.2. de las especificaciones técnicas.
23. El contratista debe garantizar para sus trabajadores, la dotación necesaria que cumpla los requisitos establecidos en la resolución 2674 de 2013.
24. Mantener los valores ofertados en la propuesta económica presentada a la E.S.E, la cual deberá hacer parte integral del contrato durante el tiempo de ejecución de este.
25. El contratista deberá asignar un coordinador que contribuya a garantizar el cumplimiento de las actividades derivadas del desarrollo del objeto contractual.
26. El conductor del vehículo de transporte de alimentación debe contar con el curso de manipulación de alimentos y licencia de conducción vigente.
27. Disponer recipientes plásticos transparentes de 50 litros con tapa en los cuartos asignados de cada servicio para la recolección del menaje. (únicamente para los casos autorizados por el servicio).
28. Dar cumplimiento al manejo de sobras y desperdicios de acuerdo con los lineamientos establecidos por el área de gestión ambiental de la E.S.E y el protocolo VSP-PT-08 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (PAG 42).
29. Atender las visitas realizadas por el contratante y garantizar la subsanación de los posibles hallazgos u oportunidades de mejora.
30. El representante legal o judicial en todos los casos, actuará ante todas las autoridades judiciales y/o administrativas, en cualquier proceso judicial o extrajudicial que pudiere resultar como consecuencia de las actividades desarrolladas por el personal contratado para el desarrollo del objeto contractual dentro de la ESE; en ningún caso la E.S.E será llamada en garantía o actuará solidariamente por los hechos o conductas en que incurra el contratista en desarrollo del presente contrato; si así fuere o si fuere demandada, la E.S.E atenderá el respectivo proceso, efectuará el llamamiento en garantía y si fuere el caso, repetirá contra el contratista y éste saldrá al saneamiento de lo que hubiere, con el reconocimiento de los intereses, gastos o perjuicios en el que la E.S.E haya incurrido por dicho concepto.
31. En general, se obliga a todas aquellas prestaciones que surjan del natural desarrollo del contrato.

#### **1.8.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA.**

1. Realizar la entrega del número de dietas diarias requeridas por la E.S.E, debidamente rotuladas conforme a la solicitud realizada por el equipo de soporte nutricional o jefe de enfermería del respectivo servicio de acuerdo al caso.
2. Diligenciar y aportar los formatos donde se registre la evaluación organoléptica.
3. Presentar oportunamente el informe de ejecución de actividades mensuales con sus respectivos soportes (factura, cuadro de turnos, planilla de seguridad social, nomina, certificado de pago de parafiscales, informe de adherencia expedida por los sistemas de gestión ambiental y seguridad y salud en el trabajo, certificado de cumplimiento expedida por la nutricionista de la E.S.E, certificación de entrega de alimentación al programa madre canguro, nutrición, líder de servicios tercerizados), previa revisión de la sabana de facturación y formato de solicitud de dietas nutricionales.
4. Las demás inherentes al contrato, solicitadas por los supervisores del contrato.

#### **1.9. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL.**

1. Realizar verificación y aprobación de las garantías del contrato de manera oportuna.
2. Suscribir con el contratista el acta de inicio del contrato

|   |                               |                 |   |
|---|-------------------------------|-----------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                 |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | Página 23 de 66 |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                 | <b>01/08/2021</b>   |

3. Realizar la verificación de los soportes presentados por el contratista como de cada una de las facturas.
4. Efectuar los pagos al contratista, de acuerdo con los términos y condiciones pactadas en el contrato.
5. Ejercer el respectivo control en el cumplimiento del objeto del contrato y expedir el certificado de cumplimiento a satisfacción de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.
6. Informar por escrito al contratista a través de la Gerencia General o supervisor las irregularidades que se llegasen a presentar en el plazo de ejecución del presente contrato.
7. Liquidar el presente contrato de conformidad con lo señalado en el Manual de Contratación de la entidad y en los términos legales.

#### **1.10. TIPO DE CONTRATO.**

Contrato de suministro.

#### **1.11. LUGAR DE EJECUCIÓN.**

El lugar de ejecución del presente para todos sus efectos jurídicos y legales será en las Instalaciones de la sede principal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y Unidad Materno Infantil.

#### **1.12. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN.**

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a celebrar la modalidad de selección que se debe adelantar es **CONTRATACIÓN DIRECTA**; según lo establecido en el **MANUAL DE CONTRATACIÓN** de la Entidad, Resolución No. 173 de 2021 "Por medio se deroga la resolución No 107 de 2019 y se adopta el Manual De Contratación de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja", el cual indica en su artículo 16 **CONVOCATORIA PÚBLICA. La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja podrá contratar a través de esta modalidad de selección los servicios o bienes requeridos, cuya cuantía sea superior a doscientos ochenta (280) salarios mínimos legales mensuales vigentes y que no se encuentre bajo una causal de contratación directa, modalidad en la cual se formulará términos de referencia, para que los interesados presenten sus ofertas. Su procedimiento se reglamentará en el presente manual de contratación.**

#### **1.13. PRESUPUESTO OFICIAL.**

Conforme a la consulta de precios en el mercado se ha establecido que el presupuesto oficial del proceso de selección es por la suma **MIL NOVECIENTOS VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$ 1.923.798.540)** incluye impuestos, tasas y demás costos directos e indirectos en que deba incurrir el contratista para cumplir con el objeto a contratar, de acuerdo con el análisis realizado por la entidad, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas del objeto a contratar, y otros costos tanto directos como indirectos relacionados con los servicios y productos requeridos.

#### **1.14. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.**

Para efectos del presente proceso de selección, la Coordinación Financiera ha emitido el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **789** de fecha **29 FEB 2024**

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 24 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

## CAPITULO II.

### 2. REQUISITOS PARA PARTICIPAR.

#### 2.1. MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN.

Podrán participar todas aquellas personas naturales, jurídicas, formas conjuntas de participación (Uniones Temporales o Consorcios) que acrediten la capacidad para cumplir con el objeto contractual que no se encuentren incurso en ninguna clase de inhabilidad o incompatibilidad de las establecidas en la constitución política de Colombia y en la ley.

**PARÁGRAFO:** Para el Caso de Figuras Asociativas como Consorcios y Uniones Temporales y demás similares, la inhabilidad de alguno de los socios se extiende a la persona jurídica.

#### 2.2. REQUISITOS HABILITANTES.

Las personas naturales o jurídicas, así como las demás formas conjuntas de participación deberán acreditar con la presentación de sus ofertas los siguientes requisitos habilitantes:

##### 2.2.1. CAPACIDAD JURÍDICA.

Los proponentes acreditaran su capacidad jurídica mediante la presentación de la siguiente información:

|   |
|---|
| <p><b>CARTA DE PRESENTACIÓN DE OFERTA:</b></p> <p>ANEXO 1 de la Invitación.</p> <p>Se elaborará de acuerdo con el modelo suministrado en el pliego de condiciones, debidamente firmado por el representante legal o la persona debidamente facultada o autorizada para ello. En los casos de Uniones Temporales o Consorcios, la carta de presentación de la propuesta, deberá ser firmada por el Representante y a la misma deberá anexarse el documento que acredite tal representación.</p>  |
| <p><b>COPIA CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b></p> <p>El oferente deberá anexar copia legible de la cedula de ciudadanía del representante legal, en el caso de consorcios o uniones temporales se deberá anexar copia legible de cada uno de los representantes.</p>  |
| <p><b>CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CÁMARA Y COMERCIO Y/O MATRICULA MERCANTIL:</b></p> <p>Con fecha de expedición NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A LA FECHA DE CIERRE DEL PROCESO DE SELECCIÓN.</p> <p>El oferente deberá contar con inscripción en cámara de comercio. Para el caso de uniones temporales o consorcios, al menos uno de los integrantes deberá contar con esta condición.</p> <p>- Proponentes plurales:</p> <p>En virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, podrán presentar propuesta:</p> |

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 25 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

- **Consortio:** Cuando dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato.

- **Unión Temporal:** Cuando dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente sobre todas y cada una de las obligaciones que se deriven de la propuesta y del objeto del contrato.

Además de lo anterior los proponentes deberán aportar con su propuesta la siguiente documentación:

1. **Consortios y Uniones Temporales**

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja aceptará que la propuesta sea presentada por oferentes plurales, quienes en forma conjunta deben informar si su participación será a título de Consortio, Unión Temporal u otra forma asociativa.

Los consorciados o uniones temporales deberán señalar las reglas básicas que regularán las relaciones entre ellos, con el cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley al respecto y deberán estar conformados a la fecha de cierre del Proceso de Selección, mediante documento suscrito con la firma autorizada de cada una de las partes, que avale el acuerdo, en el cual se establezca el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes y se indique la persona que para todos los efectos los representará.

- Carta de conformación de consorcios o uniones temporales.

Los proponentes que deseen presentar oferta bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, deberán indicar los siguientes datos:

**OBJETO:** El objeto del consorcio o unión temporal, el cual deberá ser el mismo del objeto a contratar.

**PARTICIPACIÓN:** Cuando se trate de consorcios, los miembros integrantes deberán señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre ellos y su responsabilidad al interior del consorcio. Las relaciones que se den frente a la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja rigen por el principio de solidaridad de sus miembros.

Cuando se trate de uniones temporales, los miembros de la unión temporal deberán determinar el alcance, contenido y extensión o porcentaje de la participación de cada uno en la ejecución del objeto del contrato, de tal forma que, sin perjuicio de la responsabilidad solidaria por el cumplimiento de la propuesta y del contrato (en caso de ser adjudicado), los efectos de los actos sancionatorios recaerán exclusivamente sobre la persona que incurrió en falta o en el incumplimiento específico de que se trate.

Los porcentajes de participación no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Cuando en el documento de conformación de la unión temporal no se discriminen la extensión de la participación en la propuesta de cada uno de sus integrantes, se entenderá que su participación es por porcentajes equivalentes. En consecuencia, en caso de sanciones, la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja las aplicará por igual a todos los integrantes.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 26 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

**DURACIÓN:** La duración del Consorcio o de la Unión Temporal, deberá ser mínimo, por el lapso comprendido entre el cierre del proceso de selección, la liquidación del contrato y un año más. Lo anterior, sin perjuicio de que, con posterioridad, los integrantes del Consorcio o Unión Temporal estén llamados a responder por hechos u omisiones ocurridos durante la ejecución del Contrato.

**REPRESENTANTE Y SUPLENTE:** La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del consorcio o unión temporal; igualmente, deberá designarse un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.

**DOMICILIO:** Deberá indicarse el domicilio principal del consorcio o la unión temporal con indicación de la dirección, teléfono, fax y correo electrónico.

Cada una de las personas naturales o jurídicas que formen parte de los Consorcios o Uniones Temporales deberá aportar la documentación relativa a la capacidad, existencia y representación legal exigida para tales personas en los presentes términos de referencia y cumplir con los requisitos de participación señalados para personas naturales y jurídicas según sea su naturaleza.

La incapacidad legal de alguno de los miembros del consorcio o unión temporal para desarrollar el objeto del contrato a celebrar, o si la vigencia de la persona jurídica de uno o ambos miembros es inferior a la exigida en los Pliegos de Condiciones dará lugar a que la propuesta sea inhabilitada.

Adicionalmente, deberán presentar manifestación clara y expresa sobre responsabilidad solidaria e ilimitada de los miembros del consorcio, y limitadas para las uniones temporales, de acuerdo con la participación de sus miembros durante la ejecución del contrato.

Manifestación expresa de que las partes integrantes no podrán revocar el consorcio o unión temporal, durante el tiempo de ejecución del contrato y un año más, como también que ninguna de ellas podrá ceder su participación en el consorcio o unión temporal a los demás integrantes.

## 2. Proponentes Extranjeros

Para los efectos previstos en este numeral, se consideran interesados de origen extranjero las empresas que no hayan sido constituidas de acuerdo con la legislación colombiana, sea que tengan o no domicilio en Colombia a través de sucursales, y las personas naturales que no tengan la nacionalidad colombiana.

Para todos los efectos, las Propuestas de Proponentes de origen extranjero se someterán a la legislación colombiana, sin perjuicio de lo cual, para su participación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

Validez de los Documentos otorgados en el Exterior.

1. Consularización. De conformidad con lo previsto en el artículo 480 del Código de Comercio, los documentos otorgados en el exterior se autenticarán por los funcionarios competentes para ello en el respectivo país, y la firma de tales funcionarios lo será a su vez por el cónsul colombiano o, a falta de éste, por el de una nación amiga, sin perjuicio de lo establecido en convenios internacionales sobre el régimen de los poderes. Tratándose de sociedades, al autenticar los documentos a que se refiere el mencionado artículo los cónsules harán constar que existe la sociedad y ejerce su objeto conforme a las leyes del respectivo país.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 27 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

Surtido el trámite señalado en el presente numeral, estos documentos deben ser presentados ante el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia (Oficina de Legalizaciones) para la correspondiente legalización de la firma del cónsul y demás trámites pertinentes.

2. Apostilla. Cuando se trate de documentos de naturaleza pública otorgados en el exterior, de conformidad con lo previsto en la Ley 455 de 1998, no se requerirá del trámite de Consularización señalado en el numeral (1) anterior, siempre que provenga de uno de los países signatarios de la Convención de La Haya del 5 de octubre de 1961, sobre abolición del requisito de legalización para documentos públicos extranjeros, aprobada por la Ley 455 de 1998. En este caso, sólo será exigible la Apostilla, trámite que consiste en el certificado mediante el cual se avala la autenticidad de la firma y el título a que ha actuado la persona firmante del documento y que se surte ante la autoridad competente en el país de origen.

Si la Apostilla está dada en idioma distinto del castellano, deberá presentarse acompañada de una traducción oficial a dicho idioma y la firma del traductor legalizada de conformidad con las normas vigentes.

3. Los Proponentes provenientes de aquellos países signatarios de la Convención de La Haya citada en el numeral (2) anterior podrán optar, como procedimiento de legalización de los documentos otorgados en el exterior, por la consularización descrita en el numeral (1) anterior o por la Apostilla descrita en el numeral (2) anterior.

4. Los documentos otorgados en el exterior que no estén en idioma castellano deberán presentarse acompañados de una traducción oficial a dicho idioma, traducción que deberá ser efectuada por un traductor oficial debidamente registrado como tal en Colombia.

5. La consularización o Apostilla de los documentos otorgados en el exterior deberán presentarse en original so pena de tenerse como no presentadas.

-Apoderado.

Las personas naturales extranjeras sin residencia en Colombia y las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia, deberán acreditar un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del Concurso de Méritos, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran, así como el Contrato, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el Pliego de Condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

Dicho apoderado podrá ser el mismo apoderado único para el caso de personas extranjeras que participen en consorcios, uniones temporales u otras formas de asociación y en tal caso, bastará para todos los efectos, la presentación del poder común otorgado por todos los participantes en cualquier forma de asociación con los requisitos de autenticación, consularización y traducción exigidos en el Código de Comercio de Colombia. El poder a que se refiere este párrafo podrá otorgarse en el mismo acto de constitución de la forma asociativa.

-Reciprocidad.

Los proponentes de origen extranjero recibirán igual tratamiento que los de origen nacional (en los términos previstos en la Ley 80 de 1993), siempre que exista un acuerdo, tratado o convenio entre el país de su nacionalidad y Colombia, en el sentido que a las ofertas de servicios colombianos se les concederá en ese

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 28 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

país el mismo tratamiento otorgado a sus nacionales en cuanto a las condiciones, requisitos, procedimientos y criterios para la adjudicación de los contratos celebrados con el sector público.

### 3. Sociedad anónima abierta

Si el proponente es una sociedad anónima abierta interesada en que para los efectos del artículo 8, numeral 1, literal h) de la Ley 80 de 1993, se le dé el tratamiento de "abierto", además de los documentos señalados en el numeral anterior, deberá aportar una Certificación del Revisor Fiscal en la que conste que ésta tiene tal carácter por cuanto reúne los requisitos.

### **AUTORIZACIÓN DEL ÓRGANO SOCIETARIO:**

Si el Representante Legal del oferente o de algunos de los integrantes de un Consorcio o Unión Temporal requiere autorización de sus órganos de dirección para conformar consorcio o unión temporal y presentar oferta, deberán anexar los documentos que acrediten dicha autorización, la cual debe ser previa a la presentación de la oferta.

En caso que el valor de la propuesta supere el monto de la autorización prevista en los estatutos para que el representante legal pueda presentar propuesta o contratar, deberá anexarse el respectivo documento donde previamente a la presentación de la propuesta se le faculte contratar, mínimo, por el valor propuesto y deberá presentarla.

### **REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT**

El proponente deberá anexar el Registro Único Tributario (**fecha de impresión no mayor a 30 días calendario** anteriores a la fecha de cierre de esta convocatoria) donde acredite el régimen tributario al que pertenece.

En caso de consorcios o uniones temporales deberán tramitar y obtener el número de identificación tributaria posterior a la adjudicación del proceso.

### **CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES:**

Para persona natural y el representante legal de la persona jurídica. (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA).

Para el caso de consorcios o uniones temporales, cada integrante anexará certificación (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA) donde conste por la Policía Nacional, que no cuenta con antecedentes judiciales.

### **CERTIFICADO ANTECEDENTES MEDIDAS CORRECTIVAS:**

Para persona natural y el representante legal de la persona jurídica. (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA).

Para el caso de consorcios o uniones temporales, cada integrante anexará certificación (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA) donde conste portal de Servicios al Ciudadano PSC que no tiene medidas correctivas pendientes.

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 29 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

**CERTIFICADO ANTECEDENTES FISCALES:**

Para persona natural y persona jurídica y su representante legal. (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA).

Para el caso de consorcios o uniones temporales, cada integrante anexará certificación (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA) donde conste que no se encuentra reportado en el Boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

**CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS:**

Para persona natural y persona jurídica y su representante legal. (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA).

Para el caso de consorcios o uniones temporales, cada integrante anexará certificación (NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE CIERRE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA) donde conste que no se encuentra sancionado por la Procuraduría General de la Nación.

**CERTIFICADO ANTECEDENTES REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM:**

Para persona natural y el representante legal de la persona jurídica. (NO MAYOR A TRES MESES). Esto de acuerdo a lo establecido en la **Ley 2097 de 2021**. El oferente deberá allegar copia del Certificado del REDAM que certifica que no es deudor alimentario moroso.

**LIBRETA MILITAR HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS:**

Persona natural o representante legal de la persona jurídica.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO DE INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD O PROHIBICIONES:**

ANEXO 2 de la Invitación.

El proponente deberá presentar oficio donde manifieste que no se encuentra incurso dentro de alguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para contratar conforme a la Constitución Política de Colombia, artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993 y normas concordantes. En caso de consorcio o uniones temporales cada uno de los integrantes deberá aportar dicho oficio.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DONDE CONSTA TENER PLENA CAPACIDAD PARA CONTRATAR:**

ANEXO 3 de la Invitación.

El proponente deberá presentar oficio donde manifieste que tiene plena capacidad para contratar. En caso de consorcio o uniones temporales cada uno de los integrantes deberá aportar dicho oficio.

**CERTIFICACIÓN SOBRE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL ACTUALIZADO:**

El proponente deberá acreditar que está a paz y salvo en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 30 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, de conformidad con la Ley, a la fecha de cierre del proceso de selección, de la siguiente manera:

Para personas jurídicas

- Expedida por el Revisor Fiscal, cuando éste exista de acuerdo con los requerimientos de ley.
- Por el Representante Legal, cuando de conformidad con la ley no requiera Revisor Fiscal.
- La certificación requerida deberá tener **una expedición no superior a un (1) mes.**
- Para el caso de Consorcios, Uniones Temporales u otra forma asociativa, cada uno de sus integrantes deberá aportar la respectiva certificación.

Para personas naturales:

- Las personas naturales deberán acreditar el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral conforme a la Ley 100 de 1993, artículo 4 y Ley 797 de 2003; esto es, aportes para la seguridad social en salud y pensiones. Si tienen trabajadores a su servicio deberán acreditar, el pago de los aportes al sistema integral de seguridad social y los parafiscales en los casos que se requiera de conformidad con la normatividad vigente.

De conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, los proponentes deben acreditar que se encuentran al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, mediante la presentación de certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando sea el caso, de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal. Dicho documento debe certificar que, a la fecha de cierre del presente proceso de selección, ha realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses, contados a partir de la citada fecha, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos. En el evento en que la persona jurídica tenga menos de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución.

En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo. En este evento, el oferente deberá anexar certificación expedida por la entidad con la cual existe el acuerdo de pago.

Cuando se trate de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de sus miembros integrantes que sea persona jurídica, deberá aportar el certificado aquí exigido.

El no cumplimiento de este requisito ocasiona el rechazo de la oferta por incumplimiento a las normas aquí citadas.

**OBSERVACIÓN:** Téngase en cuenta que el pago para las personas naturales se genera en forma anticipada y para personas jurídicas mes vencido.

**Nota:** Cuando la certificación sea expedida por el Revisor Fiscal y/o Contador, se debe allegar:

- Cedula de ciudadanía del Revisor Fiscal y/o Contador.
- Copia de la tarjeta profesional.
- Antecedentes disciplinarios de la profesión (NO MAYOR A TRES MESES).

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 31 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

**HOJA DE VIDA DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA:**

Para persona natural soporte que evidencie que se registró la información de la hoja de vida en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP y/o en el portal del Departamento Administrativo de la Función Pública o Hoja de vida de persona natural – formato del Departamento Administrativo de la Función Pública. Para persona Jurídica Hoja de vida de persona jurídica - formato del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Deberá presentarse actualizada a año 2023.

**CERTIFICACIÓN BANCARIA**

Certificación bancaria expedida por una organización bancaria, no mayor a un año de vigencia.

**REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES - RUP**

El oferente deberá presentar como anexo a la propuesta el Registro Único de Proponentes RUP, expedido por la Cámara de Comercio con fecha no mayor a treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de cierre de la presente convocatoria y en firme a 31 de diciembre de 2022.

Para el caso de los consorcios o uniones temporales cada uno de sus integrantes deberá presentar su Registro Único de proponentes por separado, los integrantes deberán estar clasificados en la totalidad de los siguientes códigos: (en caso de personas naturales y/o jurídicas deberán estar clasificados en la totalidad de códigos so pena de rechazo de la oferta). En caso de unión temporal o consorcio, cada uno de los integrantes deberá acreditar las condiciones descritas.

- Certificación emitida por el representante legal donde manifieste bajo la gravedad de juramento no haber sido sancionado por ningún concepto dentro de los cinco (05) años anteriores a la apertura de la invitación pública.
- Certificación escrita donde manifieste no presentar mora con el Estado Colombiano.
- Certificado de Consulta de Inhabilidades de quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.
- El proponente debe allegar fotocopia del Certificado de Consulta de Inhabilidades de quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años actualizado de la persona natural y/o el representante legal de la persona jurídica o de los integrantes del consorcio, unión temporal.

**2.2.2. CAPACIDAD TECNICA.**

Los proponentes acreditaran su capacidad técnica mediante la presentación de la siguiente información:

Se tendrá en cuenta lo dispuesto en el estudio de conveniencia y oportunidad y en los términos de referencia.

**PROPUESTA TÉCNICA**

ANEXO 5 de la Invitación



|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 32 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

### EXPERIENCIA GENERAL:

Acreditar dos (02) contratos celebrados, ejecutados y liquidados cuya sumatoria sea igual o superior a 1.500 SMMLV, contratados con entidades públicas o privadas cuyo objeto haya sido el suministro de alimentación hospitalaria.

El contrato debe estar inscrito en el RUP y deben incluir al menos cuatro de los siguientes códigos UNSPSC:

| SEGMENTO | FAMILIA | CLASE | PRODUCTOS | DESCRIPCIÓN   |
|----------|---------|-------|-----------|---|
| 50       | 19      | 27    | 00        | Platos combinados empaquetados                                  |
| 78       | 13      | 18    | 00        | Bodegaje y almacenamiento especializado                         |
| 80       | 14      | 17    | 00        | Distribución  |
| 85       | 15      | 15    | 00        | Tecnología de alimentos   |
| 85       | 15      | 16    | 00        | Asuntos nutricionales   |
| 85       | 15      | 17    | 00        | Planeación y ayuda de política de Alimentos                     |
| 90       | 10      | 16    | 00        | Servicios de banquetes y catering                               |
| 93       | 13      | 16    | 00        | Planeación y programas de políticas de alimentación y nutrición |

Para la verificación de la experiencia del RUP es necesario aportar: certificación expedida por el funcionario autorizado por la entidad contratante o copia de contrato con sus adiciones y modificaciones o acta de liquidación donde se indique:

- ✓ Entidad contratante
- ✓ Contratista
- ✓ (% de participación y miembros del Consorcio o Unión Temporal),
- ✓ Objeto
- ✓ Plazo
- ✓ Valor inicial del contrato
- ✓ Valor de las adiciones
- ✓ Valor total del contrato con adiciones
- ✓ Valor ejecutado

En caso de figuras plurales (consorcio o uniones temporales) la experiencia general podrá ser aportada por todos sus integrantes.

Las certificaciones en su contenido deben ser totalmente legibles so pena de rechazo.

La Entidad se reserva el derecho de verificar la información suministrada por los oferentes a través de las certificaciones. Si se advierten discrepancias entre dicha información y lo establecido por la Superintendencia, la propuesta será objeto de rechazo, sin perjuicio de las demás actuaciones que se promuevan.

Cuando se presenten contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, la Entidad tomará para la evaluación correspondiente el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato, del integrante del consorcio o de la Unión Temporal.

|   |                               |   |                   |
|---|-------------------------------|---|-------------------|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |                   |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   | Página 33 de 66   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   | <b>01/08/2021</b> |

Para lo anterior el proponente deberá presentar el documento que acredite la conformación del consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato respectivo.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA:**

Acreditar dos (02) contratos celebrados, ejecutados y liquidados, cuya sumatoria sea igual o superior a mil quinientos (1.500) SMMLV, los soportes deben ser diferentes a los aportados en la experiencia general, contratados con entidades hospitalarias públicas o privadas de tercer nivel o superior de complejidad cuyo objeto haya sido el suministro de alimentación hospitalaria.

El contrato debe estar inscrito en el RUP y debe incluir al menos 6 de los siguientes códigos UNSPSC:

| SEGMENTO | FAMILIA | CLASE | PRODUCTOS | DESCRIPCIÓN   |
|----------|---------|-------|-----------|---|
| 50       | 19      | 27    | 00        | Platos combinados empaquetados                                  |
| 78       | 13      | 18    | 00        | Bodegaje y almacenamiento especializado                         |
| 80       | 14      | 17    | 00        | Distribución  |
| 85       | 15      | 15    | 00        | Tecnología de alimentos   |
| 85       | 15      | 16    | 00        | Asuntos nutricionales   |
| 85       | 15      | 17    | 00        | Planeación y ayuda de política de Alimentos                     |
| 90       | 10      | 16    | 00        | Servicios de banquetes y catering                               |
| 93       | 13      | 16    | 00        | Planeación y programas de políticas de alimentación y nutrición |

Para la verificación de la experiencia del RUP es necesario aportar: certificación expedida por el funcionario autorizado por la entidad contratante o copia de contrato con sus adiciones y modificaciones o acta de liquidación donde se indique:

- ✓ Entidad contratante
- ✓ Contratista
- ✓ (% de participación y miembros del Consorcio o Unión Temporal),
- ✓ Objeto
- ✓ Plazo
- ✓ Valor Inicial del contrato
- ✓ Valor de las adiciones
- ✓ Valor total del contrato con adiciones
- ✓ Valor ejecutado

En caso de figuras plurales (consorcio o uniones temporales) la experiencia específica podrá ser aportada por cualquiera de sus integrantes.

Las certificaciones en su contenido deben ser totalmente legibles so pena de rechazo.

La Entidad se reserva el derecho de verificar la información suministrada por los oferentes a través de las certificaciones. Si se advierten discrepancias entre dicha información y lo establecido por la

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 34 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

Superintendencia, la propuesta será objeto de rechazo, sin perjuicio de las demás actuaciones que se promuevan.

Cuando se presenten contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, la Entidad tomará para la evaluación correspondiente el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato, del integrante del consorcio o de la Unión Temporal.

Para lo anterior el proponente deberá presentar el documento que acredite la conformación del consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato respectivo.

***Nota:** en caso de que la experiencia presentada (general o específica) corresponda a entidades privadas se deberá anexar: copia de las facturas de venta de los servicios, certificaciones de retenciones realizadas por la entidad contratante y los pagos de las declaraciones tributarias donde se incluyan las facturas presentadas.*

#### **PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO**

El oferente deberá acreditar que para la ejecución del contrato objeto del proceso de selección cuenta con el recurso humano relacionado a continuación el cual debe cumplir con los siguientes requisitos:

| <b>PERSONAL</b>   | <b>REQUISITOS</b>  |
|---|--|
| <b>(1) PROFESIONAL EN NUTRICIÓN<br/>DISPONIBILIDAD<br/>TIEMPO COMPLETO</b>                    | Título Profesional en Nutricionista Dietista, con mínimo un (1) año de experiencia en el desempeño de dicho cargo. Con conocimientos en calidad, reglamentación general para servicios de alimentación (decreto 3075, HACCP, resolución 2674, etc.), gestión del talento humano y manejo de dietas terapéuticas. Deberá anexar Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). |
| <b>(1) ADMINISTRADOR O COORDINADOR DEL SERVICIO DE ALIMENTOS DE TIEMPO COMPLETO</b>           | Administradora en empresas de salud con especialización en gerencia de empresas de salud, con mínimo tres (3) años de experiencia. Con conocimientos en calidad, reglamentación general para servicios de alimentación (decreto 3075, HACCP, resolución 2674, etc.), gestión del talento humano y manejo de dietas terapéuticas.   |
| <b>(1) TÉCNICO EN COCINA<br/>DISPONIBILIDAD<br/>TIEMPO COMPLETO</b>                           | Título en Técnico en cocina, con mínimo tres (3) años de experiencia en programas de alimentación hospitalaria. Con curso de manipulación de alimentos, con experiencia en BPM y manejo de dietas terapéuticas.  |
| <b>(1) CHEF DE TIEMPO COMPLETO</b>  | Técnico en gastronomía o Cocinero profesional con experiencia mínima de un (1) año con habilidades propias para el desempeño de dicho cargo. Con conocimiento de BPM y HACCP y manejo de dietas terapéuticas.  |
| <b>(1) OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES<br/>TIEMPO COMPLETO<br/>AREA DE ENSAMBLE Y SERVIDO</b> | El oferente deberá presentar relación de personal mínimo a ofertar de conformidad con el manual <b>SMN-M-02 MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS</b> previo al inicio del contrato para su debida aprobación con la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de vida</li> </ul>   |

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 35 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
|                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado Médico donde conste que son aptas para manipular alimentos con fecha de expedición no superior a seis meses contados hasta la fecha de evaluación del presente proceso.</li> <li>• Exámenes médicos: Coprológico, Frotis de garganta y K0H en uñas con fecha de expedición no superior a seis meses contados hasta la fecha de evaluación del presente proceso.</li> <li>• Esquema de Vacunación.</li> <li>• Certificación laboral con fecha de expedición no mayor a 30 días calendario contados desde la fecha de entrega de la propuesta, deberá acreditar experiencia como auxiliares de dieta en programas de alimentación por un término laborado de mínimo seis (6) meses.</li> <li>• Curso de manipulación de alimentos</li> </ul>  |
| <b>PERSONAL AUXILIAR DE DIETAS</b> | <p>El oferente deberá presentar relación de personal mínimo a ofertar de conformidad con el manual <b>SMN-M-02 MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS</b> previo al inicio del contrato para su debida aprobación con la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de vida</li> <li>• Certificado Médico donde conste que son aptas para manipular alimentos con fecha de expedición no superior a seis meses contados hasta la fecha de evaluación del presente proceso.</li> <li>• Exámenes médicos: Coprológico, Frotis de garganta y K0H en uñas con fecha de expedición no superior a seis meses contados hasta la fecha de evaluación del presente proceso.</li> <li>• Esquema de Vacunación.</li> <li>• Certificación laboral con fecha de expedición no mayor a 30 días calendario contados desde la fecha de entrega de la propuesta, deberá acreditar experiencia como auxiliares de dieta en programas de alimentación por un término laborado de mínimo seis (6) meses.</li> <li>• Curso de manipulación de alimentos</li> </ul> |

La acreditación del requisito se hará mediante la presentación de las hojas de vida de cada uno de los perfiles, para las auxiliares de dietas aportar 5 hojas de vida, las cuales deberán anexarse con los todos los soportes descritos de acuerdo al perfil.

**CARTAS DE COMPROMISO**

1. El oferente deberá presentar carta en la que manifieste que se compromete a garantizar la adherencia y cumplimiento **MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES Y TERAPÉUTICAS SMN-M-02 V10, PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS VSP-PT-08.**
2. El oferente deberá presentar carta de compromiso en la que manifieste que en caso de que se le adjudique el contrato, presentará el análisis químico completo de las dietas terapéuticas.
3. El oferente deberá presentar carta donde manifieste que en caso de que se le adjudique el proceso se compromete a garantizar el transporte y distribución de las dietas como mínimo en (1) un vehículo de transporte de alimentos que cuente con cubículo térmico para la conservación del calor de los alimentos, debe anexar el concepto higiénico sanitario favorable, vigente, expedido por la autoridad sanitaria competente, y anexar copia de la licencia de tránsito del vehículo ofrecido, el modelo del vehículo no podrá ser inferior al año 2018, el peso Máximo del vehículo será de 5 toneladas y altura máxima de 10 metros.

|   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                   |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>    |   |
| <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b>                         |                   | Página 36 de 66   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>01/08/2021</b> |   |

- En caso de no ser propietario del vehículo, el oferente deberá anexar el contrato de arrendamiento suscrito por el propietario de este, en donde conste que el automotor será destinado para realizar el objeto contratado durante el plazo de ejecución.

**Nota:** La entidad deberá realizar revisión física de verificación para certificar el cumplimiento del requisito, so pena de ser causal de rechazo de la propuesta. Se enviará la fecha, hora y lugar para que los oferentes lleven el vehículo para su verificación del funcionamiento.

4. El oferente deberá presentar carta donde manifieste que cuenta con una planta de procesamiento de alimentos externa, ubicada en el municipio de Tunja, debe anexar el concepto favorable, vigente, expedido por la autoridad sanitaria competente.

**Nota:** La entidad deberá realizar visita a la planta para la verificación del cumplimiento del requisito, so pena de ser causal de rechazo de la propuesta. Se enviará la fecha y hora de la visita vía correo electrónico a los oferentes.

#### MANUALES Y PROTOCOLOS:

El oferente debe presentar los siguientes manuales y protocolos junto a la propuesta económica presentada a la E.S.E:

- MANUAL DE BPM** Contiene las normas higiénicas y sanitarias de los manipuladores de alimentos, (Verificación continua de Hojas de vida de los proveedores teniendo en cuenta normas vigentes relacionadas).
- MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:** Establece las normas higiénicas de cada uno de los procesos productos y áreas en donde se manejen alimentos contribuyendo a mantener la inocuidad, (áreas, menajes, Equipos, medio ambiente, materia prima etc.).
- MANUAL DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS PERECEDEROS, SEMIPERECEDEROS Y NO PERECEDEROS:** Debe contener las normas mínimas de almacenamiento y conservación de los diferentes alimentos. (verificación y seguimiento contra muestras por cada tiempo de comida, recepción de materia prima).
- PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGÍA Y AGUA:** Deberá incluir actividades que beneficien el uso racional de estos recursos, teniendo en cuenta la política ambiental de la institución.
- PROGRAMA DE CONTROL DE VECTORES:** Este debe contener las sustancias químicas y procedimientos de cada una de las actividades a implementar para el manejo y control de vectores (insectos, roedores, etc.); Tipos de vectores a controlar, cronograma de controles y seguimiento de acuerdo con las necesidades de la entidad.
- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS:** Contiene las normas y procesos técnicos para el manejo, transporte, selección y almacenamiento de alimentos y materiales, (Evidenciar verificación de temperaturas de almacenamiento, producción y distribución de alimentos).
- MANUAL HACCP:** Manual de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control

#### ACREDITACIÓN

El oferente deberá presentar carta de compromiso en la que manifieste que en caso que se le adjudique el proceso se compromete a:

1. Articularse y alinearse con la filosofía de acreditación e integrar los servicios prestados administrativos a los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización.

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>Página 37 de 66</b>  |
| <b>01/08/2021</b>                                     |                               |   |

2. Dar a conocer a sus trabajadores y adherirse a las políticas institucionales y modelo de atención de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Tunja.
3. Asegurar que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
4. Adherirse a protocolos, procedimientos, manuales y demás lineamientos institucionales que se requieran.
5. El contratista deberá atender las visitas de seguimiento e inspección realizadas por la institución y desarrollar las acciones de mejora generadas.
6. En todos los casos actuar con responsabilidad en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con la institución.
7. Proyectar buena imagen en calidad de colaborador, así como identificarse portando en lugar visible el carné de identificación. Además, tener especial cuidado en el manejo de la información y comentarios que puedan llegar a afectar negativamente la imagen institucional.

**SEGURIDAD DE PACIENTE**

El oferente deberá presentar carta de compromiso en la que manifieste que en caso que se le adjudique el proceso se compromete a:

1. Participar en las actividades de capacitación y educación continuada en temas relacionados con seguridad del paciente.
2. Reportar incidentes y eventos adversos acorde con la metodología institucional.
3. Participar activamente en las acciones de mejoramiento formuladas producto de los análisis de eventos adversos e incidentes relacionados con el servicio.
4. Socializar e implementar los lineamientos institucionales, documentos, procedimientos, aplicables al servicio.
5. Apoyar el registro de los indicadores de calidad y seguridad del paciente relacionado con el servicio.

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

El oferente deberá presentar carta de compromiso en la que manifieste que en caso que se le adjudique el proceso se compromete a garantizar que el personal contratado a su costa cuenta con el esquema de vacunación de acuerdo a la siguiente tabla:

| VACUNA  | DOSIS REQUERIDAS   |
|---|--|
| <b>ANTI HEPATITIS B</b><br>(Aplica para personal asistencial, Biomédica, Mantenimiento, Servicios Generales, Lavandería)  | <b>OPCION 1:</b> Carnet de vacunación legible con Tres dosis 0, 1, 2 <b>Y Titulación</b> mayor a 10 UI/ml que se puede realizar al mes de la última dosis<br><b>OPCION 2:</b> Si no cuenta con carnet de vacunación deberá poseer Titulación mayor a 10 UI/ml o positiva |
| <b>TRIPLE VIRAL (PAROTIDITIS - RUBEOLA Y SARAMPION)</b><br>(Aplica para personal asistencial, Biomédica, Mantenimiento, Servicios Generales, Lavandería)<br><b>CONTRAINDICACION:</b> Embarazo, Tuberculosis, Inmunosuprimidos | Dosis única  |
| <b>VARICELA</b><br>(Aplica para personal asistencial, administrativo y de apoyo)  | <b>OPCION 1:</b> Carnet de vacunación legible con dos dosis intervalos de 4 semanas <b>Y Titulación</b> con cubrimiento positivo   |

|  |                        |   |                 |
|--|------------------------|---|-----------------|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA |                        |  |                 |
| CÓDIGO: C-F-34                                 | FORMATO                |   | Página 38 de 66 |
| VERSIÓN: 01                                    | TÉRMINOS DE REFERENCIA |   | 01/08/2021      |

|  |  |
|--|--|
| <b>TETANOS</b><br>(Aplica para personal asistencial, administrativo y de apoyo)<br><b>CONTRAINDICACION:</b><br>AL momento de vacunarse Estar cursando un cuadro febril severo es causa de aplazamiento de la vacuna<br>Hipersensibilidad o reacción a la misma | <b>OPCION 2:</b> Si no cuenta con carnet de vacunación deberá poseer Titulación positiva<br><br>Carnet de vacunación legible con 5 dosis para las mujeres y 3 para los hombres con refuerzo a los 10 años de la última dosis |
| <b>COVID 19</b><br>(Aplica para personal asistencial, administrativo y de apoyo)<br><b>CONTRAINDICACION:</b> Hipersensibilidad   | <b>OPCION 1:</b> Carnet de vacunación legible con las Dosis de acuerdo al biológico escogido<br><b>OPCION 2:</b> Carta de desistimiento  |
| <b>INFLUENZA (opcional)</b><br><b>CONTRAINDICACION:</b> Hipersensibilidad  | Una al año   |

**Las personas mayores de 50 años están exentas de aplicarse las vacunas de triple Viral y Varicela:** De presentarse una novedad que exima de vacunación se debe presentar certificación emitida por vacunador de EPS o IPS o médico tratante que justifique la excepción.

### 2.2.3. CAPACIDAD FINANCIERA

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja realizó el estudio del sector con el fin de determinar de manera objetiva los valores de los indicadores financieros, arrojando como resultado un valor promedio de los mismos, por tal razón y en concordancia con lo anteriormente expuesto se fijan los promedios obtenidos del análisis de la muestra correspondiente a seis empresas cuyo código CIIU corresponde a la prestación de servicios de alimentación:

#### RELACIÓN DE INDICADORES

| NIT             | RAZON SOCIAL                            | DOMICILIO    | LIQUIDEZ    | ENDEUDAMIENTO | COBERTURA INTERESES | RENT. PATRIMONIO | RENT. ACTIVO |
|-----------------|---|--------------|-------------|---------------|---------------------|------------------|--------------|
| 900322842       | SURAPETROL                              | BOGOTA       | 9,26        | 0,29          | 12,07               | 0,22             | 0,15         |
| 900501686       | SERVICASINOS                            | VILLANUEVA   | 1,54        | 0,48          | 20,05               | 0,7              | 0,36         |
| 900130262       | SUMISERVI S.A.S.                        | DUITAMA      | 3,9         | 0,21          | 61,58               | 0,54             | 0,42         |
| 900489058       | AMBROSIA CATERING & CASINO S.A.S.       | BARRANQUILLA | 2,01        | 0,58          | 18,74               | 0,03             | 0,01         |
| 900848934       | G-PRODUCTIONS EVENTOS & CATERING S.A.S. | CALI         | 3,91        | 0,27          | 8,72                | 0,2              | 0,14         |
| 901158852       | EMPRESA DE CATERING Y SERVICIOS S.A.S.  | YOPAL        | 1,62        | 0,5           | 40,15               | 0,17             | 0,08         |
| <b>PROMEDIO</b> |   |              | <b>3,71</b> | <b>0,39</b>   | <b>26,89</b>        | <b>0,31</b>      | <b>0,19</b>  |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 39 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

### 2.2.3.1. INDICADORES FINANCIEROS

#### 2.2.3.1.1. ÍNDICE DE LIQUIDEZ:

El índice de liquidez es uno de los elementos más importantes en las finanzas de una empresa, ya que indica la disponibilidad de liquidez de la empresa. La operatividad de la empresa depende de la liquidez que tenga la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras, proveedores, empleados y la capacidad que tenga para renovar su tecnología, ampliar su capacidad industrial; adquirir materia prima, etc. Es por eso que la empresa requiere medir con más o menos exactitud su verdadera capacidad financiera para respaldar todas sus necesidades y obligaciones.

Para determinar la razón corriente se toma el activo corriente y se divide por el pasivo corriente [Activo corriente/Pasivo corriente].

Al dividir el activo corriente entre el pasivo corriente, sabremos cuantos activos corrientes tendremos para cubrir o respaldar esos pasivos exigibles a corto plazo.

En caso de no cumplir con lo solicitado se calificará **NO HABILITADO**

#### 2.2.3.1.2. NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:

Esta Razón nos muestra el grado de participación de los terceros o acreedores en el financiamiento de la empresa o sea de cada peso invertido en activos, cuánto es de terceros y las garantías que ello representa para los acreedores.

El nivel de endeudamiento será el que resulte de dividir el total del Pasivo entre el total de Activos Incluido el corriente y no corriente datos Suministrados en el Registro Único de Proponentes en firme con corte de información financiera a 31 de diciembre de 2022.

En caso de no cumplir con lo solicitado se calificará **NO HABILITADO**

#### 2.2.3.1.3. RAZÓN DE COBERTURA DE INTERESES:

La razón de cobertura de intereses está diseñada para relacionar los cargos financieros de una compañía con su capacidad para darles servicio. Este Indicador mide la solvencia financiera a largo plazo con que cuenta la empresa para hacer frente al pago de sus obligaciones con regularidad. La solvencia de la empresa dependerá de la correspondencia que exista entre el plazo de recuperación de las inversiones y el plazo de vencimiento de los recursos financieros propios o de terceros.

Una de las razones de cobertura más tradicionales **ES LA RAZÓN DE COBERTURA DE INTERESES**, que es simplemente la razón de utilidades antes de impuestos para un periodo específico de reporte a la cantidad de cargos por intereses del periodo.

Será el que resulte de dividir la utilidad operacional entre los gastos de intereses.

**NOTA 1:** Para verificar los gastos de intereses se calculará del RUP vigente.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 40 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

**NOTA 2:** Los oferentes cuyos gastos de intereses sean cero (0), no podrán calcular el indicador de razón de cobertura de intereses. En este caso el oferente CUMPLE el indicador, salvo que su utilidad operacional sea negativa,

En caso de no cumplir con lo solicitado se calificará **NO HABILITADO**

La E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se reserva la facultad de solicitar información adicional con el fin de verificar y/o aclarar los datos reportados en los certificados requeridos, si lo considera necesario.

Para el caso de los Consorcios o Unión Temporales, cada uno de los miembros del Consorcio o Unión deberá presentar el Certificado de inscripción en el RUP, con registro de Clasificación de Bienes y Servicios y con Información financiera con corte a 31 de diciembre de 2022 en firme. La no presentación de los documentos o el incumplimiento de los requisitos financieros y las aclaraciones solicitadas dentro de los términos estipulados ocasionarán que la oferta no sea habilitada.

La evaluación de los proponentes plurales sea consorcio o unión temporal se aplicará la metodología establecida por Colombia Compra Eficiente en el manual para la determinación y verificación de requisitos habilitantes en procesos de contratación, Sección VII Proponentes plurales **opción 1**. Ponderación de los componentes de los indicadores.

En todos los casos los indicadores se verificarán en el RUP expedido por las cámaras de comercio, entidades certificadoras de esta información; la información financiera debe estar actualizada y en firme con corte de información financiera a 31 de diciembre de 2022.

#### **2.2.3.1.4. CAPITAL DE TRABAJO:**

Este indicador representa la liquidez operativa del proponente, es decir el remanente del proponente luego de liquidar sus activos corrientes (convertirlos en efectivo) y pagar el pasivo de corto plazo. Un capital de trabajo positivo contribuye con el desarrollo eficiente de la actividad económica del proponente. Se requiere analizar el nivel de liquidez en términos absolutos.

**NOTA 1:** Se pueden presentar oferentes plurales por medio de uniones temporales, consorcios y promesas de sociedad futura, el procedimiento para calcular los indicadores de los oferentes plurales a partir de la información de cada integrante del oferente plural.

En esta opción cada uno de los integrantes del oferente aporta al valor total de cada componente del indicador.

$$(i) \text{ Indicador en valor absoluto} = \sum_{i} \text{Indicador}_i$$

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se reserva la facultad de solicitar información adicional con el fin de verificar y/o aclarar los datos reportados en los certificados requeridos, si lo considera necesario.

| INDICADOR          | FORMULA   | CONDICIÓN            | RESULTADO  |
|--------------------|---|----------------------|------------|
| Índice de Liquidez | $\frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$ | Mayor o igual a 3,71 | HABILITADO |

|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|                               |   |  |            |
|-------------------------------|---|--|------------|
| Índice de Endeudamiento       | $\frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Activo Total}}$                                   | Menor o igual a 0,39                       | HABILITADO |
| Razón de cobertura de Interés | $\frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Gastos de Intereses}}$                    | Mayor o igual a 26,89                      | HABILITADO |
| Capital de Trabajo            | $\frac{\text{Activo Corriente} - \text{Pasivo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$ | Mayor o igual al 50% del prepuesto oficial | HABILITA   |

### 2.2.3.2. CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

Los siguientes indicadores miden el rendimiento de las inversiones y la eficiencia en el uso de activos del interesado. Existen dos indicadores financieros que permiten determinar la rentabilidad generada por los activos y del patrimonio de una empresa o persona.

La Capacidad organizacional se tendrá en cuenta los siguientes Indicadores, el cual mide el rendimiento de inversiones y la eficiencia en el uso de activos del interesado.

#### 2.2.3.2.1. RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO

Utilidad Operacional / Patrimonio, el cual determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada Peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de Los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente.

#### 2.2.3.2.2. RENTABILIDAD DEL ACTIVO

Utilidad Operacional / Activo Total, el cual determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de rentabilidad sobre patrimonio.

| INDICADOR                   | FORMULA   | CONDICIÓN            | RESULTADO |
|-----------------------------|---|----------------------|-----------|
| Rentabilidad del Patrimonio | $\frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Patrimonio}}$   | Mayor o igual a 0,31 | HABILITA  |
| Rentabilidad del Activo     | $\frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Activo Total}}$ | Mayor o igual a 0,19 | HABILITA  |

Para el caso de los Consorcios o Unión Temporales, cada uno de los miembros del Consorcio o Unión deberá presentar el Certificado de inscripción en el RUP, con registro de Clasificación de Bienes y Servicios y con Información financiera con corte a 31 de diciembre de 2022 en firme. La no presentación de los documentos o el incumplimiento de los requisitos financieros y las aclaraciones solicitadas dentro de los términos estipulados ocasionarán que la oferta no sea habilitada.

La evaluación de los proponentes plurales sea consorcio o unión temporal se aplicará la metodología establecida por Colombia Compra Eficiente en el manual para la determinación y verificación de requisitos habilitantes en procesos de contratación, Sección VII Proponentes plurales **opción 1**. Ponderación de los componentes de los indicadores.

|   |                |                               |   |
|---|----------------|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b> | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    |                |                               | <b>01/08/2021</b>   |

En todos los casos los indicadores se verificarán en el RUP expedido por las cámaras de comercio, entidades certificadoras de esta información; la información financiera debe estar actualizada y en firme con corte de información financiera a 31 de diciembre de 2022.

### 2.3. LIMITACIÓN A MIPYMES

No aplica.

### 2.4. CRONOGRAMA.

| ACTIVIDAD  | FECHA                        | LUGAR, HORA Y OBSERVACIONES.  |
|--|------------------------------|---|
| Publicación de los términos de referencia preliminares.  | 07 de marzo de 2024.         | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                |
| Plazo para presentar observaciones a los términos de referencia preliminares y solicitud de limitación a MIPYMES | El 07 y 08 de marzo de 2024. | Plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso el 07 y 08 de marzo de 2024, hasta las 06:00 p.m.  |
| Respuesta a las observaciones.   | 11 de marzo de 2024          | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                |
| Apertura de la contratación.   | 11 de marzo de 2024          | Será mediante acto administrativo y publicado en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso |
| Publicación de términos de referencia definitivos.   | 11 de marzo de 2024          | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                |
| Observaciones a los términos de referencia definitivos   | El 11 y 12 de marzo de 2024  | Plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso el 11 y 12 de marzo de 2024, a las 06:00 p.m.  |
| Respuesta a las observaciones y expedición de adendas, si hay lugar a ello.                                      | 13 de marzo de 2024          | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                |
| Cierre de contratación (Entrega de Propuesta).   | 15 de marzo de 2024          | Plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso<br>Hasta las 04:00 p.m. del 15 de marzo de 2024.   |
| Evaluación de propuestas.  | El 15 y 18 de marzo de 2024. | Áreas encargadas de evaluar y será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso  |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 43 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| Publicación de la evaluación preliminar.                  | 19 de marzo de 2024.      | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                     |
| Observaciones a la evaluación preliminar.                 | El 19 y 20 marzo de 2024. | Plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso El 19 y 20 marzo de 2024, a las 06:00 p.m.  |
| Respuesta a las Observaciones a la evaluación preliminar. | 22 de marzo de 2024       | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                     |
| Publicación de la evaluación definitiva.                  | 22 de marzo de 2024       | Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso                                     |
| Adjudicación  | 26 de marzo de 2024       | Será mediante acto administrativo y Será publicada en la página de la institución <a href="https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co">https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co</a> link Kardex y plataforma del SECOP II<br><a href="http://www.colombiacompraeficiente.gov.co">www.colombiacompraeficiente.gov.co</a> - Link del proceso |
| Firma del Contrato  | 01 de abril de 2024       | Después de la publicación de la resolución de adjudicación   |
| Aprobación de pólizas                                     | 01 de abril de 2024       | Después de la suscripción del contrato   |
| Inicio de ejecución del contrato                          | 01 de abril de 2024       | Después de la aprobación de la póliza  |

## 2.5. EXPEDICIÓN DE ADENDAS

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se reserva el derecho de modificar el presente cronograma a su libre albedrío y según las necesidades de la entidad, para lo cual lo hará constar a través de Adenda en la plataforma SECOP II- Link del proceso.

## 2.6. LUGAR, HORA Y FECHA PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTAS

El lugar para presentar la oferta, será a través de la plataforma del SECOP II [www.colombiacompraeficiente.gov.co](http://www.colombiacompraeficiente.gov.co) - Link del proceso, en la fecha y hora establecida en el cronograma del proceso.

La oferta deberá contener los documentos que la integran de acuerdo con lo indicado en la presente invitación y en la plataforma del SECOP II [www.colombiacompraeficiente.gov.co](http://www.colombiacompraeficiente.gov.co) - Link del proceso.

Los documentos se presentarán escritos en idioma castellano y a máquina y/o computador. La carta de presentación deberá estar debidamente firmada por el representante legal del proponente o el apoderado constituido para el efecto.

No se aceptarán las propuestas parciales ni las que sean allegadas por correo electrónico.

|   |                               |                         |   |
|---|-------------------------------|-------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                         |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 44 de 66.</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                         | <b>01/08/2021</b>   |

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja se reserva el derecho de solicitar documentos aclaratorios a los solicitados en la presente invitación y de verificar la información suministrada por el proponente.

Cada proponente podrá presentar solamente una oferta, ya sea por si solo o como integrante de un consorcio o unión temporal. El proponente que presente más de una oferta o participe en más de una de ellas, así sea como miembro de consorcios o uniones temporales, causará el rechazo de todas las ofertas que incluyan su participación.

### **2.7. VALIDEZ MÍNIMA DE LA OFERTA**

La vigencia de la propuesta presentada por el oferente será a partir de la radicación y de ser adjudicado el contrato por el tiempo de ejecución del mismo

Esta vigencia debe indicarse expresamente en la propuesta.

Se aclara que la validez de la oferta se aplica hasta la formalización del contrato, los precios propuestos serán vigentes durante todo el plazo de ejecución del contrato.

### **2.8. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DEL OFERENTE**

1. Cuando no se cumpla con los requerimientos mínimos técnicos, habilitantes y de experiencia exigidos.
2. Cuando se presente inexactitud o inconsistencia en alguna información suministrada por el proponente o en la contenida en los documentos anexos a la propuesta y que no fueron aclarados por aquél.
3. Cuando se encuentre que el proponente esté incurso en alguna de las prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades previstas en la Constitución o en la Ley.
4. Cuando la propuesta sea jurídicamente inhabilitada.
5. Cuando los documentos presenten borradores, tachones o enmendaduras y no se haya hecho la salvedad correspondiente, o cuando presente alteraciones o irregularidades.
6. Cuando se omita cualquier documento indispensable para la comparación de las propuestas exigido en los términos de referencia.
7. Cuando se incluyan dentro de la propuesta textos cuyo contenido contradiga o modifique lo dispuesto en las especificaciones establecidas en los presentes términos de referencia.
8. Si la oferta supera el valor del presupuesto oficial estimado.
9. Cuando la propuesta se encuentre subordinada al cumplimiento de alguna condición.
10. La omisión de alguno de los documentos mínimos habilitantes que no haya sido subsanado dentro del término establecido otorgado por la entidad.
11. Cuando no esté inscrito y/o actualizado en el Kardex de proveedores de acuerdo a lo establecido en el manual interno de contratación.
12. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado u obtenido correspondencia interna, proyectos de conceptos de evaluación o de respuesta a observaciones no enviados oficialmente a los proponentes.
13. Cuando se demuestre la existencia de hechos constitutivos de falta proveniente de los oferentes o acuerdos entre los mismos o se incurra en alguna situación dirigida a defraudar o distorsionar el presente proceso.
14. Cuando existan varias ofertas hechas por el mismo proponente, bajo el mismo nombre o con nombres diferentes, o que haga parte de consorcios o uniones temporales.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 45 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

15. Cuando el representante o los representantes legales o socios de una persona jurídica, ostenten igual condición en otras u otras personas jurídicas diferentes, que también estén participando en el presente proceso de selección.
16. Cuando el objeto social no guardé directa relación con el objeto a contratar.
17. Cuando modifique de fondo los documentos Anexos del presente proceso de selección (Anexos 1, 2, 3, 4, 5).
18. En caso de existir variaciones en el Anexo No 4 Propuesta Económica y en la pregunta tipo "Listado de precios" del SECOP II.
19. Los demás casos expresamente establecidos en la ley y en los presentes términos de referencia:
  - Cuando no cumpla las condiciones mínimas de participación.
  - Cuando las condiciones o especificaciones técnicas o económicas del ofrecimiento no se ajusten a las condiciones que requiere la Entidad.
  - Cuando la Propuesta haya sido enviada por correo electrónico, fax, o se haya presentado extemporáneamente.
  - Cuando no allegue la información solicitada por la Entidad con el objeto de aclarar su Propuesta, o hacerlo en forma incompleta o extemporánea.
  - La omisión del Anexo Propuesta Económica, el cambio de la descripción, componentes o unidad de medida de algunos de los ítems, determinará el rechazo de la propuesta.
  - Serán revisadas las operaciones aritméticas a que haya lugar en el Anexo de oferta económica, en particular las siguientes: ✓ La multiplicación de las columnas "Cantidad" por "Precio Unitario"  
✓ Las sumas correspondientes a la columna "Valor Total"
  - Cuando supere el valor unitario presupuestado por cada ítem.

#### 2.9. PROPUESTAS PARCIALES:

No se acepta la presentación de propuestas parciales. En todo caso la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja no hará adjudicaciones parciales.

#### 2.10. PROPUESTAS ALTERNATIVAS:

En ningún caso se aceptarán propuestas alternativas.

#### 2.11. CRITERIOS DE DESEMPATE.

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente, en caso de empate, la entidad estatal dará aplicación a lo establecido en el artículo 35. Factores de Desempate, de la Ley 2069 del 31 de diciembre del 2020, conforme con los medios de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2 17 del Decreto 1860 del 2021

| CRITERIOS DE DESEMPATE.  | ACREDITACION   |
|--|--|
| 1. Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros.   | Para la acreditación del ofrecimiento de bienes y servicios nacionales prestados por una persona jurídica constituida en el país; se hará a través del certificado de existencia y representación legal, en el cual se verificará, si el domicilio de la persona jurídica está dentro del territorio nacional. |
| 2. Preferir la propuesta de la mujer cabeza de familia, mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por mujeres cabeza de familia, mujeres | -La condición de <u>Mujer Cabeza de Familia</u> y la cesación de la misma, se acreditará mediante declaración notarial, en la que conste las circunstancias básicas de la misma, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 2 de la Ley 82 de 1993   |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 46 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>víctimas de violencia intrafamiliar y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.</p>  | <p>- según el artículo 21 de la Ley 1257 de 2008, <u>Las situaciones de violencia</u> que dan lugar a la atención de las mujeres, sus hijos e hijas, se acreditarán con la medida de protección expedida por la autoridad competente, sin que puedan exigirse requisitos adicionales que dan lugar a la atención de las mujeres, sus hijos e hijas, se acreditarán con la medida de protección expedida por la autoridad competente.</p> <p>-Según los artículos 16 y 17 de la Ley 1257 de 2008, la medida de protección la debe impartir el comisario de familia del lugar donde ocurrieron los hechos y a falta de este el juez civil municipal o promiscuo municipal, o la autoridad indígena – en los casos de violencia intrafamiliar en las comunidades indígenas –. La medida de protección se debe emitir en una providencia motivada. Por lo tanto, este documento permite acreditar la situación de mujer víctima de violencia intrafamiliar.</p> <p>-En el caso de las personas jurídicas, la participación se acredita con el correspondiente certificado de existencia y representación o con los documentos estatutarios respectivos. Para el proponente plural además se debe aportar el acta de constitución en la que se evidencie la participación de sus miembros</p> |
| <p>3. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un proponente plural, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.</p> | <p>La persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, certifique el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o de sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección.</p> <p>El proponente deberá acreditar el número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal, de conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual debe estar vigente en la fecha del cierre del proceso de selección</p>   |
| <p>4. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite la vinculación en mayor proporción de personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley.</p>  | <p>La persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, certificará, bajo la gravedad de juramento, el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes que cumplan con lo aquí señalado a la fecha de cierre del proceso de selección</p>  |
| <p>5. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite, en las condiciones establecidas en la ley, que por lo menos diez por ciento (10%) de su nómina pertenece a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rom o gitanas.</p>   | <p>El proponente deberá acreditar que por lo menos el 10% de sus trabajadores pertenece a estas poblaciones, allegando la correspondiente certificación de la pertenencia a las poblaciones indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, Rom o gitanas, expedida por el Ministerio del Interior.</p>   |
| <p>6. Preferir la propuesta de personas en proceso de reintegración o reincorporación o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por personas en proceso de reincorporación, y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.</p>  | <p>El proponente deberá allegar certificación del proceso de Reintegración o reincorporación de las personas o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por personas en proceso de reincorporación, y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente, expedida por La Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN</p>   |
| <p>7. Preferir la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una madre cabeza de familia y/o una persona en</p>   | <p>La acreditación, de acuerdo al literal (a) será de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La condición de Mujer Cabeza de Familia y la cesación de la</li> </ul>   |

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>Página 47 de 66</b>  |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>proceso de reincorporación o reintegración, o una persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, y, que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el proponente plural; (b) la madre cabeza de familia, la persona en proceso de reincorporación o reintegración, o la persona jurídica aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.</p>   | <p>misma, se acreditará mediante declaración notarial, en la que conste las circunstancias básicas de la misma, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 2 de la Ley 82 de 1993</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allegar certificación del proceso de Reintegración o reincorporación de la persona o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, expedida por La Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN.</li> <li>- Documento de conformación del proponente plural, en el que se evidencia su participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el proponente plural.</li> </ul> <p>La acreditación de acuerdo al literal (b) será de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La condición de Mujer Cabeza de Familia y la cesación de la misma, se acreditará mediante declaración notarial, en la que conste las circunstancias básicas de la misma, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 2 de la Ley 82 de 1993</li> <li>- allegar certificación del proceso de Reintegración o reincorporación de la persona o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, expedida por La Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN.</li> <li>- Certificado de experiencia y/o contratos que acrediten el 25% de la experiencia acreditada en la oferta.</li> </ul> <p>La acreditación de acuerdo al literal (c) será de la siguiente manera:</p> |
|   | <p>- Mediante el certificado de existencia y representación o con los documentos estatutarios respectivos. Para el proponente plural además se debe aportar el acta de constitución en la que se evidencie la participación de sus miembros</p>  |
| <p>8. Preferir la oferta presentada por una Mipyme o cooperativas o asociaciones mutuales; o un proponente plural constituido por Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales.</p>  | <p>El proponente debe acreditar su condición de Mipyme o cooperativas o asociaciones mutuales con el certificado de existencia y representación legal.</p>   |
| <p>9. Preferir la oferta presentada por el proponente plural constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales.</p>   | <p>El proponente plural debe allegar el certificado de existencia y representación legal de sus miembros, en el cual se evidencie estar constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales.</p>   |
| <p>10. Preferir al oferente que acredite de acuerdo con sus estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del total de pagos realizados a MIPYMES, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior; o, la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una MIPYME, cooperativa o asociación mutua que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la MIPYME, cooperativa o asociación mutua aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutua ni sus accionistas, socios o representantes legales sean</p> | <p>El oferente acreditará con la presentación del Registro Único de proponentes, estados financieros con corte a 31 de diciembre del año anterior.</p> <p>Para la oferta presentada por un proponente plural:</p> <p>La acreditación, de acuerdo al literal (a) será de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante el certificado de existencia y representación legal de los integrantes del proponente plural</li> </ul> <p>La acreditación de acuerdo al literal (b) será de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificado de experiencia y/o contratos que acrediten el 25% de la experiencia acreditada en la oferta.</li> </ul> <p>La acreditación de acuerdo al literal (c) será de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante el certificado de existencia y Representación o con los documentos estatutarios respectivos. Para el proponente</li> </ul>   |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 48 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|   |   |
|---|---|
| empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural   | plural además se debe aportar el acta de constitución en la que se evidencie la participación de sus miembros   |
| 11. Preferir las empresas reconocidas y establecidas como Sociedad de Beneficio e Interés Colectivo o Sociedad BIC, del segmento MIPYMES.       | Se acredita con el certificado de existencia y representación legal de la sociedad en el que conste que reúne los requisitos del artículo 2 de la Ley 1.901 de 2018. Esta norma establece que «Tendrán la denominación de sociedad BIC todas aquellas compañías que sean constituidas de conformidad con la legislación vigente para tales efectos, las cuales, además del beneficio e interés de sus accionistas, actuarán en procura del interés de la colectividad y del medio ambiente» |
| 12. Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto previamente en los Documentos del Proceso. | Sorteo por balota.  |

### **2.12. DECLARACIÓN DE DESIERTA.**

Una vez verificados los requisitos habilitantes del proponente con el menor precio, y teniendo en cuenta las reglas de subsanabilidad establecidas por el Manual de Contratación de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja y en caso que éste no cumpla con los mismos, se procederá a la verificación de los requisitos de la oferta con el segundo mejor precio y así sucesivamente. De no lograrse la habilitación se declarará desierto el proceso; igualmente si no llegare a existir ofertas para la misma.

### **2.13. VERIFICACION DE PRECIO ARTIFICIALMENTE BAJO:**

En atención a lo consagrado en el Decreto 1082 de 2015, cuando de conformidad con la información a su alcance la entidad estime que el valor de una oferta resulta artificialmente bajo requerirá y citara al proponente través de la página [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co) con el objeto que explique las razones que sustenten el valor por él ofertado. Analizadas las explicaciones el comité asesor, recomendará el rechazo o la continuidad de la oferta en el proceso, explicando sus razones.

### **2.14. CONTROL CIUDADANO E INTERVENCIÓN DE VEEDURÍAS.**

De conformidad con lo establecido en el artículo 66 de la ley 80 de 1993 y ley 850 de 2003, podrán desarrollar su actividad durante las etapas precontractual, contractual y post-contractual, en el presente proceso de selección y posterior contrato.

El costo de las copias y las peticiones presentadas seguirán las reglas previstas en el Código Contencioso Administrativo. (Capítulo IV Título 1 Artículo 17 y siguientes).

### **2.15. IDIOMA DE LA OFERTA.**

La oferta que prepare el proponente, la correspondencia y documentos relativos a ella que intercambien el oferente y la entidad licitante deberán redactarse en idioma español.

## **CAPITULO III.**

### **3. CALIFICACIÓN DE PROPUESTA.**

#### **3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 49 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, previa verificación de la capacidad jurídica y las referencias de experiencia, capacidad administrativa, y operacional de los oferentes, adjudicará la convocatoria pública en forma total a la persona natural o jurídica, que cumpla con las especificaciones técnicas y obtenga el mayor puntaje.

| <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>        | <b>PUNTAJE A ASIGNAR</b> |
|---------------------------------------|--------------------------|
| FACTOR ECONÓMICO                      | 90                       |
| PERSONAL EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD | 1                        |
| INCENTIVO EMPRENDIMIENTOS MUJERES     | 1                        |
| VALORES AGREGADOS                     | 8                        |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>100</b>               |

#### **A. FACTOR ECONOMICO (90 PUNTOS)**

El oferente debe presentar su propuesta económica sin que esta supere el presupuesto oficial ya que cualquiera de estas dos eventualidades causará rechazo de la propuesta.

Obtendrá noventa (90) puntos la oferta que presente un menor valor de acuerdo con el límite mínimo establecido; a las demás ofertas se les asignará puntaje en forma descendente restándoles 10 puntos.

El valor del contrato deberá ser ofertado expresando si el mismo incluye o no el IVA. Si el oferente guardare silencio sobre el particular, se entenderá que el impuesto se encuentra incluido en el valor ofertado.

**NOTA:** En caso de existir una sola propuesta hábil, la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja asignará el máximo puntaje a aquellos factores que requieran comparaciones con los de otras propuestas, siempre y cuando se verifique que cumplan con los requerimientos establecidos en los términos de referencia.

#### **B. PERSONAL EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD (1 PUNTO)**

De acuerdo con lo prescrito por el decreto 392 de 2018, sobre incentivos en los procesos de contratación a favor de personas en condición de discapacidad, en la presente convocatoria se establece como puntaje adicional para los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores en condición de discapacidad dentro de su planta de personal, el 1% del total de puntos establecidos para los criterios de ponderación de las propuestas habilitadas, (el 1% de 1000 puntos es igual a diez puntos) siempre que se acrediten, en debida forma, los siguientes requisitos:

- Certificación emitida por el ministerio de trabajo, donde haga constar la vinculación de trabajadores con Discapacidad, vigente de conformidad con el decreto 1082 de 2015.

| <b>Número total de trabajadores de la planta de personal del proponente</b> | <b>Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido</b> |
|---|---|
| Entre 1 y 30  | 1   |
| Entre 31 y 100  | 2   |
| Entre 101 y 150   | 3   |
| Entre 151 y 200   | 4   |
| Más de 200  | 5   |

|   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                   |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>    |   |
| <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b>                         |                   | Página 50 de 66   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>01/08/2021</b> |   |

Si la oferta es presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, se tendrá en cuenta la planta de personal del integrante del proponente plural que aporte como mínimo el cuarenta por ciento (40%) de la experiencia requerida para la respectiva contratación.

La acreditación de los documentos solicitados para el otorgamiento del puntaje adicional debe presentarse junto con los documentos de la propuesta al cierre del proceso, so pena de no ser tenidos en cuenta para la asignación del puntaje respectivo.

### C. INCENTIVO EMPRENDIMIENTOS MUJERES (1 PUNTO)

De conformidad con el artículo 3 del decreto 1860 de 2021 que adicionó el artículo 2.2.1.2.4.2.14, 2.2.1.2.4.2.15 y 2.2.1.2.4.2.18 a la Subsección 2 de la Sección 4 del Capítulo 2 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, con la finalidad de beneficiar a las empresas y emprendimientos de mujeres.

Con el propósito de adoptar medidas afirmativas que incentiven la participación de las mujeres en el sistema de compras públicas, la Entidad otorgara hasta el 1% del puntaje total, a los emprendimientos y empresas de mujeres que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

| CONCEPTO                          | PUNTAJE MÁXIMO |
|-----------------------------------|----------------|
| INCENTIVO EMPRENDIMIENTOS MUJERES | 1              |

Por lo anterior para el otorgamiento del puntaje el proponente deberá aportar los documentos para acreditar dichas condiciones de conformidad a lo establecido en el artículo 3 y 5 del Decreto 1860 de 2021. (INCENTIVO PARA EMPRENDIMIENTO Y EMPRESA DE MUJER).

Si el proponente no cumple con las acreditaciones establecidas en la norma antes citada su puntaje será de CERO (0) PUNTOS.

Tratándose de proponentes plurales, los puntajes adicionales solo se aplicarán si por lo menos uno de los integrantes acredita la calidad de Mipymes y/o emprendimiento y empresa de mujeres y tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el consorcio o la unión temporal.

### D. VALORES AGREGADOS (8 PUNTOS)

Quien oferte disponibilidad de un profesional Químico o ingeniero de alimentos medio tiempo **puntos**

**8**

#### 3.2. REQUISITOS HABILITANES.

| CRITERIO DE SELECCIÓN | PUNTAJE  |
|-----------------------|----------|
| JURÍDICO              | HABILITA |
| TÉCNICO               | HABILITA |
| FINANCIERO            | HABILITA |

**Nota:** Si se incumple cualquiera de los requisitos anteriormente señalados **NO** se tendrá en cuenta para la evaluación y se inhabilitará la propuesta.

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 51 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

#### **CAPITULO IV.**

#### **4. DEL CONTRATO.**

##### **4.1. LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO.**

La firma del contrato se debe realizar dentro de la fecha establecida en el cronograma de los términos de referencia.

##### **4.2. PLAZO DEL CONTRATO.**

El Plazo de ejecución del Contrato será **DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.**

##### **4.3. RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN, ESTIMACIÓN DE RIESGOS Y FORMA DE MITIGARLOS**

Se tendrá en cuenta la matriz de riesgos descrita en los estudios previos de conveniencia y oportunidad.

##### **4.4. GARANTÍAS DEL CONTRATO.**

Para garantizar las obligaciones surgidas con ocasión del proceso de selección y del contrato a celebrar los amparos que deben solicitarse al proveedor o contratista, de acuerdo con el objeto del contrato a ejecutar son los siguientes:

| <b>COBERTURA EXIGIBLE</b>              | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>CUANTÍA</b>                               | <b>VIGENCIA</b>                              |
|--|-----------|-----------|--|--|
| Cumplimiento general del contrato      | <b>X</b>  |           | Diez (10%) por ciento del valor del contrato | Duración del contrato y cuatro (4) meses más |
| Responsabilidad Civil extracontractual | <b>X</b>  |           | 300 SMMLV.                                   | Duración del contrato.                       |
| Salarios y prestaciones                | <b>X</b>  |           | Diez (10%) por ciento del valor del contrato | Duración del contrato y tres (3) años más.   |
| Calidad de los elementos o servicios.  | <b>X</b>  |           | Diez (10%) por ciento del valor del contrato | Duración del contrato y un (1) año más       |

**Nota:** Las garantías consistirán en pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia, en garantías bancarias y en general, en los demás mecanismos de cobertura del riesgo autorizados por el reglamento para el efecto.

##### **4.5. CESIÓN DE DERECHOS, LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO Y REGULACIÓN JURÍDICA.**

El proponente favorecido no podrá ceder sus derechos u obligaciones, sin autorización expresa y por escrito de EL HOSPITAL.

El contrato objeto del presente requerimiento se registrará por el Acuerdo No. 011 de 2019, mediante el cual se adopta el estatuto contractual de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael De Tunja, la Resolución Interna No 173 de 2021, por medio de la cual se establece el manual interno de contratación y por las normas de derecho civil y comercial aplicables a las empresas sociales del estado.

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | <b>Página 52 de 66.</b>   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

**4.6. CADUCIDAD.**

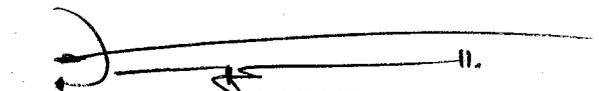
La declaratoria de caducidad deberá proferirse por EL HOSPITAL mediante resolución motivada, en la cual expresará la causa o las causas que dieron lugar a ella y se ordenará hacer efectivas las multas, si no se hubieren decretado antes.

Contra dicha providencia cabe el recurso de reposición en los términos establecidos legalmente.

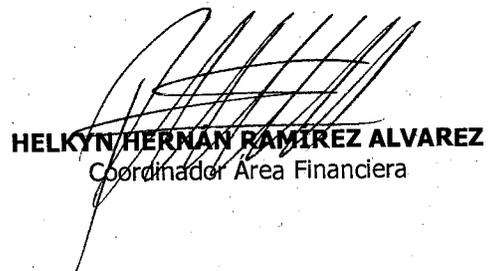
**4.7. FORMA DE PAGO.**

El valor del contrato se pagará conforme a las facturas presentadas por el contratista, de acuerdo a los valores pactados, previa revisión de los soportes, con recibo a satisfacción por parte de los supervisores del contrato, dentro de los noventa (90) días siguientes a su radicación.

  
**OSCAR ARGELIO CELY ÁVILA**  
 Subgerente Administrativo y Financiero

  
**NELSON J. ULLOA CALVO**  
 Subgerente de Servicios de Salud.

  
**MONICA MARIA LONDOÑO FORERO**  
 Asesora de Desarrollo de Servicios.

  
**HELKYN HERNÁN RAMÍREZ ALVAREZ**  
 Coordinador Área Financiera

  
**SULMA CLEMENCIA TORRES GALLO**  
 Asesora Jurídica

Proyectó: **LAURA CATHERINE RIVERA ECHENIQUE** / Secretaria técnica del comité de contratación.   
**MARIBEL CAMARGO CORREA** / Líder de servicios tercerizados.   
**ANGELA OCHOA** / Profesional Contratación.

|  |                        |                 |   |
|--|------------------------|-----------------|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA |                        |                 |  |
| CÓDIGO: C-F-34                                 | FORMATO                | Página 53 de 66 |   |
| VERSIÓN: 01                                    | TÉRMINOS DE REFERENCIA |                 | 01/08/2021  |

**ANEXO No. 1**  
**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA**

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**  
Ciudad

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio y en representación de \_\_\_\_\_, debidamente registrada en la Cámara de Comercio de \_\_\_\_\_ con numero mercantil \_\_\_\_\_ (o en nombre propio, o en representación de una persona natural, según el caso) domiciliada en \_\_\_\_\_ por medio de la presente me permito presentar propuesta para el CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024, cuyo objeto es **SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, de acuerdo con las condiciones establecidas en los términos de referencia y declaro:

1. Que conozco los términos de referencia, los ANEXOS, especificaciones y demás documentos de la convocatoria y que acepto todos los requisitos en él contenido.
2. Que en caso de que sea aceptada nuestra propuesta, nos comprometemos a suscribir el contrato correspondiente, en el lapso de tiempo señalado en los términos de referencia.
3. Que conozco la información general y específica y demás documentos del CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024., cuyo objeto es **SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, y acepto los requisitos en ellos contenidos.
4. Que tengo en mi poder los documentos que integran los términos de referencia y sus ANEXOS.
5. Que realizaré los trámites necesarios para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del contrato en el término señalado en los términos de referencia.
6. Igualmente señalé como dirección donde se pueden remitir por correo documentos, notificaciones o comunicaciones relacionadas con el presente requerimiento, la siguiente:

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del proponente \_\_\_\_\_  
Representante legal \_\_\_\_\_  
Cedula \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 54 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

**ANEXO No. 2**  
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO DE INHABILIDAD,**  
**INCOMPATIBILIDAD O PROHIBICIONES**

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**  
Ciudad

REF.: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024.

**OBJETO: SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

**Asunto:** Declaración de no encontrarse incurso de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición alguna para contratar, ya sea de orden constitucional o legal, en particular a las previstas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 60 de la Ley 610 de 2000, artículo 4 de la Ley 716 de 2001 y demás normas concordantes, ante los eventuales conflictos de intereses frente la E.S.E.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del proponente \_\_\_\_\_  
Representante legal \_\_\_\_\_  
Cedula \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 55 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

**ANEXO No. 3**

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DONDE CONSTA TENER PLENA CAPACIDAD PARA CONTRATAR**

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

Ciudad

REF.: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024.

**OBJETO: SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

Asunto: Declaración de tener plena capacidad para contratar.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento y tengo plena capacidad para obligarme y por lo tanto para celebrar contratos con entidades públicas, sin tener limitación alguna para ejercer mi capacidad jurídica como persona.

Atentamente,

Firma:

Nombre del proponente \_\_\_\_\_

Representante legal \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

|   |                               |                 |   |
|---|-------------------------------|-----------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                 |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | Página 56 de 66 |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                 | <b>01/08/2021</b>   |

**ANEXO No. 4**  
**PROPUESTA ECONÓMICA**

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

Ciudad

REF.: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024.

**OBJETO: SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

|     | CONCEPTO                                 | No PROMEDIO DIETAS MENSUAL REQUERIDO | VALOR UNITARIO | VALOR MENSUAL |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|---------------|
| D1  | AMIGOS DEL CORAZÓN                       | 661                                  |                |               |
| D2  | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO            | 2                                    |                |               |
| D3  | ASTRINGENTE                              | 68                                   |                |               |
| D4  | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA                   | 11                                   |                |               |
| D5  | BLANDA MECÁNICA                          | 428                                  |                |               |
| D6  | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA               | 25                                   |                |               |
| D7  | BLANDA POSQUIRÚRGICA                     | 258                                  |                |               |
| D8  | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA          | 13                                   |                |               |
| D9  | CETOGÉNICA                               | 7                                    |                |               |
| D10 | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA                    | 2                                    |                |               |
| D11 | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)             | 36                                   |                |               |
| D12 | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)            | 31                                   |                |               |
| D13 | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)           | 72                                   |                |               |
| D14 | HIPERPROTEICA                            | 433                                  |                |               |
| D15 | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                 | 13                                   |                |               |
| D16 | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA              | 1                                    |                |               |
| D17 | HIPERPROTEICA - HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | 3                                    |                |               |
| D18 | HIPOGLUCIDA                              | 556                                  |                |               |
| D19 | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                   | 2                                    |                |               |
| D20 | HIPOGRASA                                | 132                                  |                |               |
| D21 | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                     | 1                                    |                |               |
| D22 | HIPOSODICA                               | 485                                  |                |               |
| D23 | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                    | 2                                    |                |               |
| D24 | LACTO-OVO-VEGETARIANA                    | 5                                    |                |               |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 57 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|                 |                                 |       |  |  |
|-----------------|---------------------------------|-------|--|--|
| D25             | LÍQUIDA CLARA                   | 192   |  |  |
| D26             | LÍQUIDA TOTAL                   | 172   |  |  |
| D27             | NEUTROPÉNICA                    | 5     |  |  |
| D28             | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA         | 2     |  |  |
| D29             | NORMAL                          | 2.680 |  |  |
| D30             | NORMAL AUTORIZADA               | 32    |  |  |
| D31             | NORMAL IAMII                    | 36    |  |  |
| D33             | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)  | 100   |  |  |
| D34             | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS) | 224   |  |  |
| D35             | PAPILLA                         | 421   |  |  |
| D36             | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL   | 7     |  |  |
| D37             | RENAL DIÁLISIS                  | 155   |  |  |
| D38             | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA       | 1     |  |  |
| D39             | RENAL PREDIÁLISIS               | 144   |  |  |
| D40             | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA    | 1     |  |  |
| <b>NUEVES</b>   |                                 |       |  |  |
| N1              | AMIGOS DEL CORAZÓN              | 660   |  |  |
| N2              | BLANDA POSQUIRÚRGICA            | 370   |  |  |
| N3              | COMPLEMENTARIA 1                | 35    |  |  |
| N4              | COMPLEMENTARIA 2                | 30    |  |  |
| N5              | COMPLEMENTARIA 3                | 70    |  |  |
| N6              | HIPOGLÚCIDA                     | 769   |  |  |
| N7              | JUGO ALTO EN FIBRA (JUGO BOMBA) | 153   |  |  |
| N8              | KIT DE ALIMENTOS                | 50    |  |  |
| N9              | LÍQUIDA CLARA                   | 93    |  |  |
| N10             | LÍQUIDA TOTAL                   | 90    |  |  |
| N11             | MAMÁ CANGURO                    | 811   |  |  |
| N12             | NORMAL                          | 1.058 |  |  |
| N13             | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)  | 150   |  |  |
| N14             | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS) | 348   |  |  |
| N15             | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL   | 5     |  |  |
| N16             | PAPILLA                         | 359   |  |  |
| N17             | REFRIGERIO REFORZADO            | 23    |  |  |
| <b>ALMUERZO</b> |                                 |       |  |  |
| A1              | AMIGOS DEL CORAZÓN              | 495   |  |  |
| A2              | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO   | 2     |  |  |
| A3              | ASTRINGENTE                     | 72    |  |  |
| A4              | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA          | 18    |  |  |
| A5              | BLANDA MECÁNICA                 | 450   |  |  |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 58 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|              |  |       |  |  |
|--------------|--|-------|--|--|
| A6           | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA               | 29    |  |  |
| A7           | BLANDA POSQUIRÚRGICA                     | 329   |  |  |
| A8           | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA          | 15    |  |  |
| A9           | CETOGENICA                               | 7     |  |  |
| A10          | CETOGENICA PEDIÁTRICA                    | 3     |  |  |
| A11          | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)             | 36    |  |  |
| A12          | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)            | 40    |  |  |
| A13          | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)           | 86    |  |  |
| A14          | HIPERPROTEICA                            | 488   |  |  |
| A15          | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                 | 14    |  |  |
| A16          | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA              | 15    |  |  |
| A17          | HIPERPROTEICA - HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | 3     |  |  |
| A18          | HIPOGLUCIDA                              | 670   |  |  |
| A19          | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                   | 3     |  |  |
| A20          | HIPOGRASA                                | 173   |  |  |
| A21          | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                     | 2     |  |  |
| A22          | HIPOSODICA                               | 644   |  |  |
| A23          | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                    | 2     |  |  |
| A24          | LACTO-OVO-VEGETARIANA                    | 6     |  |  |
| A25          | LÍQUIDA CLARA                            | 173   |  |  |
| A26          | LÍQUIDA TOTAL                            | 213   |  |  |
| A27          | NEUTROPÉNICA                             | 1     |  |  |
| A28          | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA                  | 3     |  |  |
| A29          | NORMAL                                   | 2.817 |  |  |
| A30          | NORMAL AUTORIZADO                        | 144   |  |  |
| A31          | NORMAL IAMII                             | 35    |  |  |
| A33          | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)           | 150   |  |  |
| A34          | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)          | 263   |  |  |
| A35          | PAPILLA                                  | 422   |  |  |
| A37          | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL            | 8     |  |  |
| A38          | RENAL DIÁLISIS                           | 180   |  |  |
| A39          | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA                | 1     |  |  |
| A40          | RENAL PREDIÁLISIS                        | 176   |  |  |
| A41          | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA             | 2     |  |  |
| A42          | SOPA TÍPICA                              | 26    |  |  |
| <b>ONCES</b> |  |       |  |  |
| O1           | AMIGOS DEL CORAZÓN                       | 490   |  |  |
| O2           | BLANDA POSQUIRÚRGICA                     | 320   |  |  |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 59 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|             |  |       |  |  |
|-------------|--|-------|--|--|
| O3          | COMPLEMENTARIA 1                         | 35    |  |  |
| O4          | COMPLEMENTARIA 2                         | 36    |  |  |
| O5          | COMPLEMENTARIA 3                         | 85    |  |  |
| O6          | HIPOGLÚCIDA                              | 964   |  |  |
| O7          | JUGO ALTO EN FIBRA (JUGO BOMBA)          | 88    |  |  |
| O8          | KIT DE ALIMENTOS                         | 120   |  |  |
| O9          | LÍQUIDA CLARA                            | 66    |  |  |
| O10         | LÍQUIDA TOTAL                            | 120   |  |  |
| O11         | NORMAL                                   | 3.333 |  |  |
| O12         | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)           | 150   |  |  |
| O13         | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)          | 376   |  |  |
| O14         | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL            | 8     |  |  |
| O15         | PAPILLA                                  | 350   |  |  |
| O16         | REFRIGERIO REFORZADO                     | 17    |  |  |
| <b>CENA</b> |  |       |  |  |
| C1          | AMIGOS DEL CORAZÓN                       | 507   |  |  |
| C2          | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO            | 3     |  |  |
| C3          | ASTRINGENTE                              | 74    |  |  |
| C4          | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA                   | 16    |  |  |
| C5          | BLANDA MECÁNICA                          | 451   |  |  |
| C6          | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA               | 25    |  |  |
| C7          | BLANDA POSQUIRÚRGICA                     | 320   |  |  |
| C8          | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA          | 15    |  |  |
| C9          | CETOGÉNICA                               | 7     |  |  |
| C10         | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA                    | 2     |  |  |
| C11         | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)             | 33    |  |  |
| C12         | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)            | 40    |  |  |
| C13         | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)           | 80    |  |  |
| C14         | HIPERPROTEICA                            | 475   |  |  |
| C15         | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                 | 13    |  |  |
| C16         | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA              | 15    |  |  |
| C17         | HIPERPROTEICA - HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | 3     |  |  |
| C18         | HIPOGLUCIDA                              | 666   |  |  |
| C19         | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                   | 2     |  |  |
| C20         | HIPOGRASA                                | 177   |  |  |
| C21         | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                     | 1     |  |  |
| C22         | HIPOSODICA                               | 608   |  |  |
| C23         | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                    | 2     |  |  |

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 60 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|                   |                                 |        |  |  |
|-------------------|---------------------------------|--------|--|--|
| C24               | LACTO-OVO-VEGETARIANA           | 5      |  |  |
| C25               | LÍQUIDA CLARA                   | 182    |  |  |
| C26               | LÍQUIDA TOTAL                   | 254    |  |  |
| C27               | NEUTROPÉNICA                    | 4      |  |  |
| C28               | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA         | 1      |  |  |
| C29               | NORMAL                          | -2.848 |  |  |
| C30               | NORMAL AUTORIZADA               | 32     |  |  |
| C31               | NORMAL IAMII                    | 32     |  |  |
| C33               | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)  | 105    |  |  |
| C34               | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS) | 254    |  |  |
| C35               | PAPILLA                         | 449    |  |  |
| C36               | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL   | 8      |  |  |
| C37               | RENAL DIÁLISIS                  | 183    |  |  |
| C38               | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA       | 1      |  |  |
| C39               | RENAL PREDIÁLISIS               | 169    |  |  |
| C40               | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA    | 1      |  |  |
| C41               | SOPA TÍPICA                     | 56     |  |  |
| <b>REFRIGERIO</b> |                                 |        |  |  |
| R1                | REFRIGERIO NOCTURNO             | 1198   |  |  |
| R2                | REFRIGERIO PLAN ESPECIAL        | 8      |  |  |
| R4                | REFRIGERIO REFORZADO            | 4      |  |  |
| R5                | REFRIGERIO AUTORIZADO           | 1      |  |  |
| <b>TOTAL</b>      |                                 |        |  |  |

ATENTAMENTE:

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del proponente \_\_\_\_\_  
Representante legal \_\_\_\_\_  
Cedula \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 61 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

**ANEXO No. 5**  
**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**

Ciudad y Fecha dd/mm/aaaa

Señores

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**  
Ciudad

REF.: CONVOCATORIA PÚBLICA No. 006 DE 2024.

**OBJETO: SUMINISTRO DE DIETAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.**

El manejo integral del paciente hospitalizado incluye el tratamiento nutricional que se enfoca en el manejo de dietas terapéuticas basadas en la patología y en el componente educativo dirigido al paciente y su familia.

Por tal razón, conseguir un equilibrio en la dieta es uno de los grandes objetivos de la ciencia de la nutrición. Este equilibrio no es otro que suministrar al organismo los nutrientes esenciales que son carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua en las cantidades suficientes y necesarias para mantener un adecuado estado nutricional y en el caso del paciente hospitalizado; la dieta debe cumplir todas las características especiales y ajustarse a las necesidades nutricionales de su patología, con el fin de lograr una mejoría en su estado de salud.

La E.S.E cuenta con un manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10 donde se estipulan los lineamientos para el control de calidad, seguridad alimentaria y asesoría para el diseño y planificación de menús acorde a las diferentes patologías de los pacientes, donde además se establecen los siguientes tipos de dietas:

| <b>LISTADO DE DIETAS</b> |   |            |
|--------------------------|---|------------|
| DESAYUNO                 |   |            |
| D1                       | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC         |
| D2                       | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO           | AC-P       |
| D3                       | ASTRINGENTE                             | AST        |
| D4                       | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA                  | AST-P      |
| D5                       | BLANDA MECÁNICA                         | BM         |
| D6                       | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA              | BM-P       |
| D7                       | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX        |
| D8                       | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA         | BQX-P      |
| D9                       | CETOGÉNICA                              | CETO       |
| D10                      | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA                   | CETO-P     |
| D11                      | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)            | C1         |
| D12                      | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)           | C2         |
| D13                      | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)          | C3         |
| D14                      | HIPERPROTEICA                           | HPR        |
| D15                      | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                | HPR-P      |
| D16                      | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA             | HPR-HCAL   |
| D17                      | HIPERPROTEICA -HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | HPR-HCAL-P |
| D18                      | HIPOGLUCIDA                             | HGL        |
| D19                      | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                  | HGL-P      |
| D20                      | HIPOGRASA                               | HGR        |

|   |                               |                        |   |
|---|-------------------------------|------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |                        |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                | <b>Página 62 de 66</b> |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> |                        | <b>01/08/2021</b>   |

|                 |                                 |                  |
|-----------------|---------------------------------|------------------|
| D21             | HIPOGRASA PEDIÁTRICA            | HGR-P            |
| D22             | HIPOSODICA                      | HS               |
| D23             | HIPOSODICA PEDIÁTRICA           | HS-P             |
| D24             | LACTO-OVO-VEGETARIANA           | VT               |
| D25             | LÍQUIDA CLARA                   | LC               |
| D26             | LÍQUIDA TOTAL                   | LT               |
| D27             | NEUTROPÉNICA                    | IN               |
| D28             | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA         | IN-P             |
| D29             | NORMAL                          | N                |
| D30             | NORMAL AUTORIZADA               | N                |
| D31             | NORMAL IAMII                    | IAMII            |
| D33             | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)  | NP-1             |
| D34             | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS) | NP-2             |
| D35             | PAPILLA                         | PAPILLA          |
| D36             | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL   | MENÚ ESPECIAL    |
| D37             | RENAL DIÁLISIS                  | RD               |
| D38             | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA       | RD-P             |
| D39             | RENAL PREDIÁLISIS               | RP               |
| D40             | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA    | RP-P             |
| <b>NUEVES</b>   |                                 |                  |
| N1              | AMIGOS DEL CORAZÓN              | AC               |
| N2              | BLANDA POSQUIRÚRGICA            | BQX              |
| N3              | COMPLEMENTARIA 1                | C1               |
| N4              | COMPLEMENTARIA 2                | C2               |
| N5              | COMPLEMENTARIA 3                | C3               |
| N6              | HIPOGLÚCIDA                     | HGL              |
| N7              | JUGO ALTO EN FIBRA (JUGO BOMBA) | JB               |
| N8              | KIT DE ALIMENTOS                | KIT DE ALIMENTOS |
| N9              | LÍQUIDA CLARA                   | LC               |
| N10             | LÍQUIDA TOTAL                   | LT               |
| N11             | MAMÁ CANGURO                    | N                |
| N12             | NORMAL                          | N                |
| N13             | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)  | NP-1             |
| N14             | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS) | NP-2             |
| N15             | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL   | MENÚ ESPECIAL    |
| N16             | PAPILLA                         | PAPILLA          |
| N17             | REFRIGERIO REFORZADO            | RR               |
| <b>ALMUERZO</b> |                                 |                  |
| A1              | AMIGOS DEL CORAZÓN              | AC               |
| A2              | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO   | AC-P             |
| A3              | ASTRINGENTE                     | AST              |
| A4              | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA          | AST-P            |
| A5              | BLANDA MECÁNICA                 | BM               |
| A6              | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA      | BM-P             |
| A7              | BLANDA POSQUIRÚRGICA            | BQX              |
| A8              | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA | BQX-P            |
| A9              | CETOGÉNICA                      | CETO             |
| A10             | CETOGÉNICA PEDIÁTRICA           | CETO-P           |
| A11             | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)    | C1               |
| A12             | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)   | C2               |
| A13             | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)  | C3               |
| A14             | HIPERPROTEICA                   | HPR              |

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 63 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|              |   |                  |
|--------------|---|------------------|
| A15          | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                | HPR-P            |
| A16          | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA             | HPR-HCAL         |
| A17          | HIPERPROTEICA -HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | HPR-HCAL-P       |
| A18          | HIPOGLUCIDA                             | HGL              |
| A19          | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                  | HGL-P            |
| A20          | HIPOGRASA                               | HGR              |
| A21          | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                    | HGR-P            |
| A22          | HIPOSODICA                              | HS               |
| A23          | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                   | HS-P             |
| A24          | LACTO-OVO-VEGETARIANA                   | VT               |
| A25          | LÍQUIDA CLARA                           | LC               |
| A26          | LÍQUIDA TOTAL                           | LT               |
| A27          | NEUTROPÉNICA                            | IN               |
| A28          | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA                 | IN-P             |
| A29          | NORMAL                                  | N                |
| A30          | NORMAL AUTORIZADA                       | N                |
| A31          | NORMAL IAMII                            | IAMII            |
| A33          | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1             |
| A34          | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2             |
| A35          | PAPILLA                                 | PAPILLA          |
| A36          | PERSONAL DE PLANTA                      | N                |
| A37          | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL    |
| A38          | RENAL DIÁLISIS                          | RD               |
| A39          | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA               | RD-P             |
| A40          | RENAL PREDIÁLISIS                       | RP               |
| A41          | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA            | RP-P             |
| A42          | SOPA TÍPICA                             | ST               |
| <b>ONCES</b> |   |                  |
| O1           | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC               |
| O2           | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX              |
| O3           | COMPLEMENTARIA 1                        | C1               |
| O4           | COMPLEMENTARIA 2                        | C2               |
| O5           | COMPLEMENTARIA 3                        | C3               |
| O6           | HIPOGLÚCIDA                             | HGL              |
| O7           | JUGO ALTO EN FIBRA (JUGO BOMBA)         | JB               |
| O8           | KIT DE ALIMENTOS                        | KIT DE ALIMENTOS |
| O9           | LÍQUIDA CLARA                           | LC               |
| O10          | LÍQUIDA TOTAL                           | LT               |
| O11          | NORMAL                                  | N                |
| O12          | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1             |
| O13          | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2             |
| O14          | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL    |
| O15          | PAPILLA                                 | PAPILLA          |
| O16          | REFRIGERIO REFORZADO                    | RR               |
| <b>CENA</b>  |   |                  |
| C1           | AMIGOS DEL CORAZÓN                      | AC               |
| C2           | AMIGOS DEL CORAZÓN PEDIÁTRICO           | AC-P             |
| C3           | ASTRINGENTE                             | AST              |
| C4           | ASTRINGENTE PEDIÁTRICA                  | AST-P            |
| C5           | BLANDA MECÁNICA                         | BM               |
| C6           | BLANDA MECÁNICA PEDIÁTRICA              | BM-P             |
| C7           | BLANDA POSQUIRÚRGICA                    | BQX              |

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 64 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|                   |   |               |
|-------------------|---|---------------|
| C8                | BLANDA POSQUIRÚRGICA PEDIÁTRICA         | BQX-P         |
| C9                | CETOGENICA                              | CETO          |
| C10               | CETOGENICA PEDIÁTRICA                   | CETO-P        |
| C11               | COMPLEMENTARIA 1 (6-8 MESES)            | C1            |
| C12               | COMPLEMENTARIA 2 (8-12 MESES)           | C2            |
| C13               | COMPLEMENTARIA 3 (12-24 MESES)          | C3            |
| C14               | HIPERPROTEICA                           | HPR           |
| C15               | HIPERPROTEICA PEDIÁTRICA                | HPR-P         |
| C16               | HIPERPROTEICA-HIPERCALÓRICA             | HPR-HCAL      |
| C17               | HIPERPROTEICA -HIPERCALÓRICA PEDIÁTRICA | HPR-HCAL-P    |
| C18               | HIPOGLUCIDA                             | HGL           |
| C19               | HIPOGLUCIDA PEDIÁTRICA                  | HGL-P         |
| C20               | HIPOGRASA                               | HGR           |
| C21               | HIPOGRASA PEDIÁTRICA                    | HGR-P         |
| C22               | HIPOSODICA                              | HS            |
| C23               | HIPOSODICA PEDIÁTRICA                   | HS-P          |
| C24               | LACTO-OVO-VEGETARIANA                   | VT            |
| C25               | LÍQUIDA CLARA                           | LC            |
| C26               | LÍQUIDA TOTAL                           | LT            |
| C27               | NEUTROPÉNICA                            | IN            |
| C28               | NEUTROPÉNICA PEDIÁTRICA                 | IN-P          |
| C29               | NORMAL                                  | N             |
| C30               | NORMAL AUTORIZADA                       | N             |
| C31               | NORMAL IAMII                            | IAMII         |
| C33               | NORMAL PEDIÁTRICA 1 (2-5 AÑOS)          | NP-1          |
| C34               | NORMAL PEDIÁTRICA 2 (5-10 AÑOS)         | NP-2          |
| C35               | PAPILLA                                 | PAPILLA       |
| C36               | PLAN DE ALIMENTACIÓN ESPECIAL           | MENÚ ESPECIAL |
| C37               | RENAL DIÁLISIS                          | RD            |
| C38               | RENAL DIÁLISIS PEDIÁTRICA               | RD-P          |
| C39               | RENAL PREDIÁLISIS                       | RP            |
| C40               | RENAL PREDIÁLISIS PEDIÁTRICA            | RP-P          |
| C41               | SOPA TÍPICA                             | ST            |
| <b>REFRIGERIO</b> |   |               |
| R1                | REFRIGERIO NOCTURNO                     |               |
| R2                | REFRIGERIO PLAN ESPECIAL                |               |
| R4                | REFRIGERIO REFORZADO                    |               |
| R5                | REFRIGERIO AUTORIZADO                   |               |

1. Contar con una planta de producción externa, avalada y con concepto sanitario favorable expedido por autoridad competente.
2. Contar con una planta alterna como plan de contingencia ante situaciones imprevistas que puedan afectar el suministro de alimentos.
3. Contar con los vehículos automotores necesarios para transportar los alimentos, que cumplan con la normativa que les rige y cuenten con concepto sanitario favorable expedido por autoridad competente.
4. Contar con un plan de contingencia que garantice el transporte de alimentos en condiciones de calidad, suficiencia e inocuidad en caso de presentarse situación imprevista.
5. Contar con mínimo 4 carro termos con una estructura fabricada en lamina de acero inoxidable, con cierre hermético, compartimientos para bandejas porta alimentos, interruptor para prender y apagar, piloto automático que indique el encendido, termostato, conexión de corriente a 120V, de cuatro ruedas y freno.
6. Contar con mínimo 4 carros de servicio o recolección de menaje, de material liviano y de fácil limpieza y desinfección.

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 65 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

7. Contar con 10 contenedores plásticos transparentes de 50 litros, con tapa para la disposición de menaje autorizado en los servicios de acuerdo al manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10.
8. Garantizar que los pacientes con dietas normales puedan tener la opción de un flexi-menú, respecto a las proteínas de acuerdo al manual de dietas hospitalarias normales y terapéuticas SMN-M-02 V10.
9. Garantizar la conservación diaria de una muestra y contramuestra de alimentos, de 100 gr, almacenados como mínimo 72 horas y rotuladas (fecha, hora, tipo de alimento, firma), con el fin de realizar los análisis pertinentes en caso de presentarse brotes por enfermedad transmitida por alimentos.
10. La presentación del menaje será variable acorde con las necesidades de cada servicio de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael Tunja. Sin embargo, todos los elementos que la constituyan deberán estar en perfecto estado y se deben adherir al Protocolo Institucional vigente, consultar Protocolo de Limpieza y Desinfección de áreas hospitalarias VSP-PT-08.

| <b>REQUISITOS MATERIALES DEL MENAJE Y PRESENTACIÓN</b>  |   |
|---|---|
| <b>PARA LAS PRINCIPALES COMIDAS</b>   |   |
| <b>PRESENTACIÓN</b>   | <b>MATERIAL</b>   |
| Pocillo para bebida caliente o fría con capacidad máxima de 240 cc  | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                           |
| Plato para caldo, licuado, papilla con capacidad en promedio de 240 – 360 cc.   | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                           |
| Plato para el queso o sustituto   | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                           |
| Bandeja plástica mediana y pequeña  | De color uniforme, de fácil lavado, en las cantidades necesarias.   |
| Azúcar, edulcorante o sal   | En empaque individual, según solicitud  |
| Plato para los alimentos secos: Carne, arroz, energético.   | En porcelana, pacientes pediátricos y psiquiátricos el menaje será melamina de color claro y uniforme, desechable de cartón para pacientes de unidades de cuidado intensivo                           |
| Servilleta  | Papel blanco  |
| Adhesivos para marcar las dieta del paciente  | El adhesivo deberá estar marcado con datos del paciente (nombre del paciente, número de cama, tipo de dieta, y los pacientes con alergia deben especificar tipo de alergia de un color llamativo).    |
| Cubiertos en empaque individual: cuchara sopera, tenedor, cuchillo, empaque individual, mezclador de bebidas en material biodegradable. | En acero inoxidable, material biodegradable para el caso del mezclador.<br><br><u>Cubiertos: tenedor y cuchara para las dietas pediátricas complementaria 1 y psiquiátricos. En goma y/o melamina</u> |

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |                               |  |
| <b>CÓDIGO: C-F-34</b>                                 | <b>FORMATO</b>                |   |
| <b>VERSIÓN: 01</b>                                    | <b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b> | Página 66 de 66   |
|   |                               | <b>01/08/2021</b>   |

|  |  |
|--|--|
| Recipiente plástico transparente, con cierre hermético de fácil limpieza y desinfección.   | Deberá reposar en cada piso para la respectiva recolección del menaje para los casos de dietas que hayan quedado por diferentes circunstancias.  |
| Vaso de 2 – 3 onzas para el postre   | En porcelana, <del>melamina</del> .  |
| Loza desechable de cartón  | Se <u>empleará</u> desechables de cartón en UCI Adulto y UCI Pediatría. Esto con el fin de no emplear desechables de plásticos.<br><br>Según el <b>DECRETO 0383 DE 2019</b> , por el cual se prohíben los plásticos de un solo uso en los procesos de contratación de la Gobernación del departamento. |
| <b>Entre comidas: Nueves, Onces y Refrigerio nocturno</b>  |  |
| Vaso o recipiente en material biodegradable para la bebida con capacidad según el requerimiento, con tapa o <del>vinilado</del>  |  |
| Cubiertos Cuchara o tenedor en material metálico o biodegradable.  |  |
| Recipiente transparente en material biodegradable.   |  |
| Bandeja para ingresar el alimento a las habitaciones a necesidad.  |  |
| <p><b>NOTA:</b> los recipientes que se solicitan en desechable material biodegradable, deberán permanecer intactos al ser expuesto a temperaturas calientes o frías, líquidos o sólidos.</p> <p>Este tipo de recipiente solo se <u>empleará</u> para los pacientes con aislamiento aéreo y según necesidad del paciente.</p> |  |

**PARAGRAFO:** La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja proporcionara al contratista un espacio físico dentro de las instalaciones para el ensamble de dietas hospitalarias.

**MODALIDAD DEL SERVICIO:** Descentralizado

**CONDICIONES DEL MENÚ PARA PACIENTES:** SMN-M-02 MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES TERAPÉUTICAS V10 y PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS VSP-PT-08 de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

**Horario de solicitud, cancelación y adición de dietas hospitalarias:**

SMN-M-02 MANUAL DIETAS HOSPITALARIAS NORMALES TERAPÉUTICAS V10

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del proponente \_\_\_\_\_  
Representante legal \_\_\_\_\_  
Cedula \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Departamento** \_\_\_\_\_  
 La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 20211700000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

**CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)**

|                  |                          |              |                          |                 |                          |
|------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| PROVEEDOR        | <input type="checkbox"/> | EMPLEADO     | <input type="checkbox"/> | CONTRATISTA OPS | <input type="checkbox"/> |
| SERVIDOR PUBLICO | <input type="checkbox"/> | TERCERIZADOS | <input type="checkbox"/> | TEMPORAL        | <input type="checkbox"/> |
| JUNTA DIRECTIVA  | <input type="checkbox"/> | OTRO         | <input type="checkbox"/> | CUAL _____      |                          |

**1. PERSONA NATURAL**

NACIONAL  EXTRANJERA  PUBLICA  PRIVADA  MIXTA

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS** \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN TIPO  C.C.  C.E.  T.I. FECHA DE EXPEDICIÓN \_\_\_\_\_  
 NUMERO \_\_\_\_\_ LUGAR DE EXPEDIDA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA ACTIVIDAD**

ASALARIADO  INDEPENDIENTE  ESTUDIANTE  SOCIO  PENSIONADO   
 CODIGO "CIU" \_\_\_\_\_

| OCUPACIÓN / PROFESIÓN | NOMBRE DE LA EMPRESA | CARGO QUE DESEMPEÑA |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| xxxx                  |                      |                     |

| DIRECCIÓN EMPRESA | CIUDAD | TELEFONO | E-MAIL |
|-------------------|--------|----------|--------|
|                   |        |          |        |

**2. PERSONA JURIDICA**  
(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

TIPO DE EMPRESA PUBLICA  PRIVADA  MIXTA  EXTRANJERA   
 OTRA. CUAL? \_\_\_\_\_ CÓDIGO ACTIVIDAD "CIU" \_\_\_\_\_



CÓDIGO:  
C-F-10

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE  
(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del  
terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)

Versión: 04

**3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO)**

| RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO | TIPO DE INDETIFICACIÓN |      |      |     | NUMERO |
|--------------------------------|------------------------|------|------|-----|--------|
|                                | C.C.                   | C.E. | T.I. | NIT |        |
|                                | C.C.                   | C.E. | T.I. | NIT |        |
|                                | C.C.                   | C.E. | T.I. | NIT |        |
|                                | C.C.                   | C.E. | T.I. | NIT |        |
|                                | C.C.                   | C.E. | T.I. | NIT |        |

**4. INFORMACIÓN FINANCIERA**

|                          |    |                |    |
|--------------------------|----|----------------|----|
| TOTAL ACTIVOS            | \$ | TOTAL, PASIVOS | \$ |
| INGRESOS MENSUALES       | \$ | OTROS INGRESOS | \$ |
| EGRESOS MENSUALES        | \$ | OTROS EGRESOS  | \$ |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS |    |                |    |

**5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  TIPO DE TRANSACCIÓN

IMPORTACIÓN  EXPORTACIÓN  INVERSIONES  PRÉSTAMOS  TRANSFERENCIAS

| TIPO DE PRODUCTO | IDENTIFICACIÓN | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|------------------|----------------|---------|-------|--------|------|--------|
|                  |                |         |       |        |      |        |
|                  |                |         |       |        |      |        |
|                  |                |         |       |        |      |        |

**6. PERSONAS PEP's**

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI  NO

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL? SI  NO

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI  NO

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES? SI  NO

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI  NO

SI SU RESPUESTA ES SI EN ALGUNO DE LOS CASO POR FAVOR INDIQUE:

---



---



---

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |  | <br><b>HOSPITAL</b><br><b>UNIVERSITARIO</b><br><b>San Rafael</b><br><small>de Tunja</small> |
| <b>CÓDIGO:</b><br>C-F-10                                | <b>FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE</b><br>(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM) |   |
| <b>Versión: 04</b>                                      | <b>Fecha: 29/09/2023</b>   |   |

**7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO**

**DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc):

---

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

---

**8. INFORMACIÓN BANCARIA**

| ENTIDAD | SUCURSAL Y TELEFONO | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA |
|---------|---------------------|----------------|---------------------|
|         |                     |                |                     |
|         |                     |                |                     |
|         |                     |                |                     |
|         |                     |                |                     |
| XXX     | XXX                 | XX             | XX                  |

---

**9. FIRMA Y HUELLA**

**COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:**

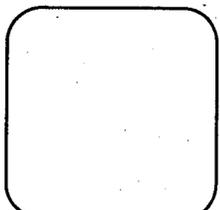
\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE**  
C.C. No

\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA**  
C.C. No



**HUELLA INDICE DERECHO**

**INSTRUCTIVO DEL DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (SARLAFT/PADM)**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b> |   | <br><b>HOSPITAL</b><br><b>UNIVERSITARIO</b><br><b>San Rafael</b><br><small>de Tunja</small> |
| <b>CÓDIGO:</b><br>C-F-10                                | <b>FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE</b>  |   |
| <b>Versión: 04</b>                                      | <b>(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)</b> | <b>Fecha: 29/09/2023</b>  |

**OBJETIVO:**

Diligenciar oportuna y correctamente el formulario de conocimiento del cliente y/o contraparte - **(SARLAFT/PADM, en letra manuscrita o computador con firma y huella de quien se registra la información, fortaleciendo los controles del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT/PADM del Hospital.**

**CONDICIONES GENERALES**

1. Diligenciar la fecha, señalando la casilla vinculación.
2. Diligenciar los espacios marcando cada uno, en caso de que no le aplique la información solicitada, se deberá escribir el texto **NO APLICA**, de forma que no quede ningún espacio en blanco.
3. Toda persona natural y jurídica, aspirante a vincularse como proveedor de bienes tangibles o prestación de servicios o como colaborador o como asociado o contraparte, miembros de junta directiva de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, debe diligenciar completamente el formato de conocimiento del cliente y /o contraparte – SARLAFT/PADM, y firmar los demás documentos requeridos o solicitados.
4. Si el aspirante a vincularse declara que no diligenciará el formulario de conocimiento del cliente y/o contraparte - SARLAFT/PADM, omite información o aparece en las listas vinculantes (ONU, y OFAC) según la Circular Externa 009 de 2016, 20211700000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud NO podrá ser seleccionado o vinculado por la Institución.
5. Si la vinculación corresponde a proveedores con persona jurídica, es necesario conocer la estructura de su propiedad, es decir, la identidad de los accionistas o asociados que posean más del 5% del capital social, su representante legal, revisor fiscal y miembros de la junta directiva.
6. Diligenciar los espacios de **DETALLE DE LA ACTIVIDAD** marcando cada uno de los espacios, en caso de que no le aplique la información solicitada, se deberá escribir el texto **NO APLICA**, de forma que ningún espacio quede en blanco.
7. El proponente o posible parte contractual y/o contraparte, deberá diligenciar el recuadro denominado **información financiera**, la información registrada en el formulario debe coincidir con la información financiera entregada como soportes.
8. El responsable de recepcionar el diligenciamiento del formulario, deberá verificar que la información descrita en el documento coincida con la información entregada como soportes.

| <b>DOCUMENTOS REQUERIDOS JUNTO CON EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO</b>  |   |
|---|---|
| <p><b>Persona Jurídica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 60 días calendario, expedida por la cámara de comercio o por la entidad competente.</li> <li>• Fotocopia del Régimen Único Tributario RUT actualizado.</li> <li>• Fotocopia de la Cédula del Representante Legal</li> <li>• Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera.</li> <li>• Cuando se trate de terceros aliados diferentes a Entidades Públicas Nacionales o Internacionales que aportan recursos económicos, deben presentar Certificación de Prácticas de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y composición accionaria o fundadores del primer nivel, solo en contratación superior a 800 SMMLV.</li> </ul> | <p><b>Persona Natural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia del Registro Único Tributario RUT actualizado.</li> <li>• Fotocopia de la cédula de la persona natural.</li> <li>• Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera.</li> </ul> <p><b>Otros - No Residentes No domiciliados en Colombia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de Constitución Jurídica.</li> <li>• Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera.</li> </ul> |