

ACTA DE APERTURA DE PROPUESTAS

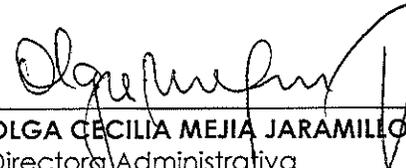
CONVOCATORIA PÚBLICA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA E.S.E METROSALUD

Siendo las 10:15 a.m. del día 03 de Abril de 2017, se reunieron en la Dirección Administrativa 4º piso Edificio Sacatín, por parte de la E.S.E. Metrosalud, Olga Cecilia Mejía Jaramillo Directora Administrativa y Vanessa Jiménez Profesional Universitaria Abogada; con el fin de dar apertura a las propuestas presentadas dentro del proceso para contratar la administración de riesgos laborales de la E.S.E. METROSALUD.

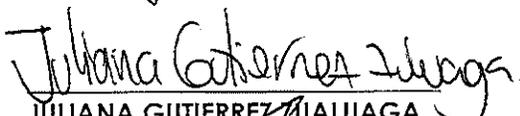
Una vez se cumplió el plazo fijado para la entrega de ofertas, se recibieron las siguientes propuestas, tal como se detalla a continuación:

PROPONENTE	RAD	FOLIOS	FECHA Y HORA (d/m/a)	OBSERVACIONES
Positiva CIA de Seguros SA	R- 2045; 9:14 AM	744	03/04/2017 a.m.	Original y copia, 4 carpetas
Colmena Seguros S.A	R- 2050, 9:47 AM	163	03/04/2017 a.m.	Original copia y material educativo, 2 carpetas
Seguros de Riesgos Laborales Suramericana SA	R-2041; 7:06 AM	360	03/04/2017 a.m.	Original y copia, 2 carpetas
CIA de Seguros Bolívar SA	R-2044: 8:59 AM	347	03/04/2017 a.m.	Original y copia , 2 folios

Para constancia firman,


OLGA CECILIA MEJÍA JARAMILLO
 Directora Administrativa

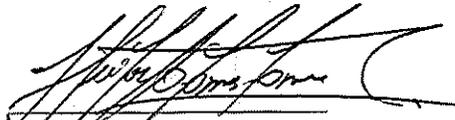

VANESSA JIMÉNEZ ZAPATA
 Profesional Universitaria Abogada


JULIANA GUTIERREZ ZUALUAGA
 ARL SURA


FERNANDO RENDON MONTOYA
 ARL SURA



CARLOS HUMBERTO BOTERO BERMUDEZ
ARL BOLIVAR



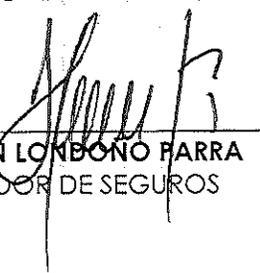
HECTOR TORRES TORRES
ARL POSITIVA



MARCELA RESTREPO CASTRILLON
ARL COLMENA



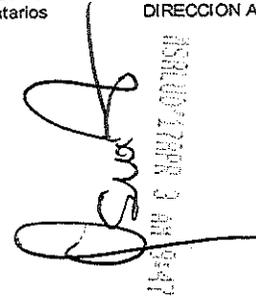
CAMILO SIERRA VALENCIA
ARL COLMENA



HERNAN LONBONO FARRA
CORREDOR DE SEGUROS

ANEXO N° 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA



RECEPCIONADO
03/04/2017 09:53 AM

Ciudad y Fecha: Medellín, 3 de abril de 2017

Señores
METROSALUD
Ciudad

ASUNTO: Carta de Presentación de la propuesta

OBJETO: Administración de los Riesgos Laborales para la E.S.E Metrosalud

OFERENTE: Colmena Seguros SA

NIT: 800.226.175 - 3

REPRESENTANTE LEGAL: Adriana Lucia Restrepo Alvarez

DIRECCION: Cra 46 52 140 Edificio Banco Caja Social

TELÉFONO: 2322000

FAX O TELEFAX: 2510005

TIPO DE CUENTA BANCARIA: Ahorros

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 26501770835

TITULAR DE LA CUENTA: Colmena Seguros SA

BANCO DONDE SE TIENE LA CUENTA: Banco Caja Social

NUMERO DE FOLIOS ENTREGADOS CON LA PROPUESTA: 163

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISOS.

Yo, Adriana Lucia Restrepo Alvarez identificada con cédula de ciudadanía número 42.896.018 domiciliado en Envigado, actuando en nombre y representación de la (sociedad o persona natural Colmena Seguros SA tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil, afirmo bajo la gravedad del juramento que conozco y acepto las siguientes condiciones:

1. Que no nos hallamos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad consagradas en la ley de contratación estatal, acorde con lo establecido en el Estatuto de Contratación de la ESE METROSALUD.
2. Igualmente declaro que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad, me haré responsable frente a METROSALUD y ante terceros, por los perjuicios que se ocasionen y éste (Metrosalud) tiene la potestad suficiente para que se disponga la inmediata descalificación de nuestra propuesta.
3. Que hemos tomado nota cuidadosa de las especificaciones, anexos y condiciones de la presente invitación y aceptamos todos los requisitos de la misma.
4. Que si se nos adjudica algún ítem o todo el contrato, nos comprometemos a otorgar las Garantías requeridas y a suscribir éstas y el contrato, dentro de los términos señalados para ello.

La persona autorizada por esta empresa para resolver las inquietudes y mirar el cumplimiento y la supervisión del contrato con Metrosalud., es:

- Nombres y Apellidos completos Adriana Lucia Restrepo Alvarez
- Número de Identificación 42.896.018
- Dirección del correo electrónico arestrepoa@fs.co
- Otra dirección de correo electrónico crestrepoc@fs.co
- Teléfono Fijo 2322000
- Teléfono Móvil 3158333089
- Fax 2510005

Con la firma del presente documento manifiesto que la información aquí consignada es veraz y que acepto todas las condiciones establecidas por Metrosalud en esta invitación.

Atentamente,



Firma representante legal



E.S.E. Metrosalud
Correspondencia Recibida
R-2045
03/04/2017-09:20 AM
DIRECCION ADMINISTRATIVA



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

**ANEXO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

[Handwritten signature]
DIRECCION ADMINISTRATIVA
MUNICIPALIDAD DE MEDELLIN

Ciudad y Fecha: MEDELLIN 03 de ABRIL DE 2017

Señores
METROSALUD
Ciudad

ASUNTO: CONVOCATORIA PUBLICA

OBJETO: CONTRATAR LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA ESE METROSALUD. RESOLUCIÓN No. 273 (MARZO 15 DE 2017)

OFERENTE: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT: 860.011.153-6

REPRESENTANTE LEGAL: JOSE MAURO PALACIO MORALES

DIRECCION: CALLE 9 SUR No. 43-09 MEDELLIN - ANTIOQUIA

TELÉFONO: 3256560

FAX O TELEFAX: _____

TIPO DE CUENTA BANCARIA: CTA - CTE

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 30478132252 CONVENIO RECAUDO N° 41358

TITULAR DE LA CUENTA: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

BANCO DONDE SE TIENE LA CUENTA: BANCOLOMBIA

NUMERO DE FOLIOS ENTREGADOS CON LA PROPUESTA: 744

074



INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISOS.

Yo, **JOSE MAURO PALACIO MORALES** identificado con cédula de ciudadanía número **71.875.794** domiciliado en **MEDELLIN**, actuando en nombre y representación de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A** tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil, afirmo bajo la gravedad del juramento que conozco y acepto las siguientes condiciones:

1. Que no nos hallamos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad consagradas en la ley de contratación estatal, acorde con lo establecido en el Estatuto de Contratación de la ESE METROSALUD.
2. Igualmente declaro que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad, me haré responsable frente a METROSALUD y ante terceros, por los perjuicios que se ocasionen y éste (Metrosalud) tiene la potestad suficiente para que se disponga la inmediata descalificación de nuestra propuesta.
3. Que hemos tomado nota cuidadosa de las especificaciones, anexos y condiciones de la presente invitación y aceptamos todos los requisitos de la misma.
4. Que si se nos adjudica algún ítem o todo el contrato, nos comprometemos a otorgar las Garantías requeridas y a suscribir éstas y el contrato, dentro de los términos señalados para ello.

La persona autorizada por esta empresa para resolver las inquietudes y mirar el cumplimiento y la supervisión del contrato con Metrosalud., es:

- Nombres y Apellidos completos **JOSE MAURO PALACIO MORALES**
- Número de Identificación **71.875.794**
- Dirección del correo electrónico **mauro.palacio@positiva.gov.co**
- Otra dirección de correo electrónico _____
- Teléfono Fijo 3256560 Ext 8002
- Teléfono Móvil **310-3739149**
- Fax _____

Con la firma del presente documento manifiesto que la información aquí consignada es veraz y que acepto todas las condiciones establecidas por Metrosalud en esta invitación.

Atentamente,



Firma representante legal

005

ANEXO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Medellín, 03 de Abril del 2017

Señores
METROSALUD
Medellín - Antioquia

ASUNTO: PROCESO DE CONTRATACION

OBJETO: ADMINISTRACION DE LOS RIESOS LABORALES PARA E.S.E METROSALUD

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

800256161-9

MIGUEL ABELARDO MORENO TOVAR

CRA 52 No 14-30 PISO 3

TELEFONO: 3507000

FAX: 3161191

TIPO DE CUENTA BANCARIA: CORRIENTES

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 001256161-9

TITULAR DE LA CUENTA: SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

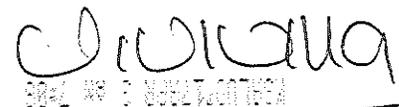
BANCO DONDE SE TIENE LA CUENTA: BANCOLOMBIA

NUMERO DE FOLIOS ENTREGADOS CON LA PROPUESTA: 000360

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISOS.

Yo, Miguel Abelardo Moreno Tovar identificado con cédula de ciudadanía número 71.732.398 domiciliado en Medellín (Antioquia), actuando en nombre y representación de Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A. tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil, afirmo bajo la gravedad del juramento que conozco y acepto las siguientes condiciones:

1. Que no nos hallamos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad consagradas en la ley de contratación estatal, acorde con lo establecido en el Estatuto de Contratación de la ESE METROSALUD.
2. Igualmente declaro que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad, me haré responsable frente a METROSALUD y ante terceros, por los perjuicios que se



1
2
3
4

5

6

7

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

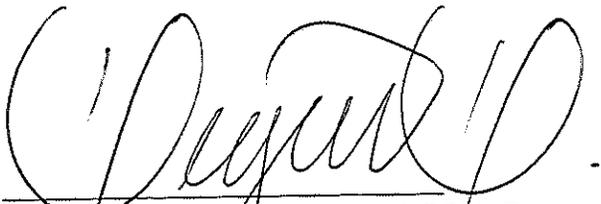
- ocasionen y éste. Metrosalud tiene la potestad suficiente para que se disponga la inmediata descalificación de nuestra propuesta.
3. Que hemos tomado nota cuidadosa de las especificaciones, anexos y condiciones de la presente invitación y aceptamos todos los requisitos de la misma.
 4. Que si se nos adjudica algún ítem o todo el contrato, nos comprometemos a otorgar las Garantías requeridas y a suscribir éstas y el contrato, dentro de los términos señalados para ello.

La persona autorizada por esta empresa para resolver las inquietudes y mirar el cumplimiento y la supervisión del contrato con Metrosalud, es:

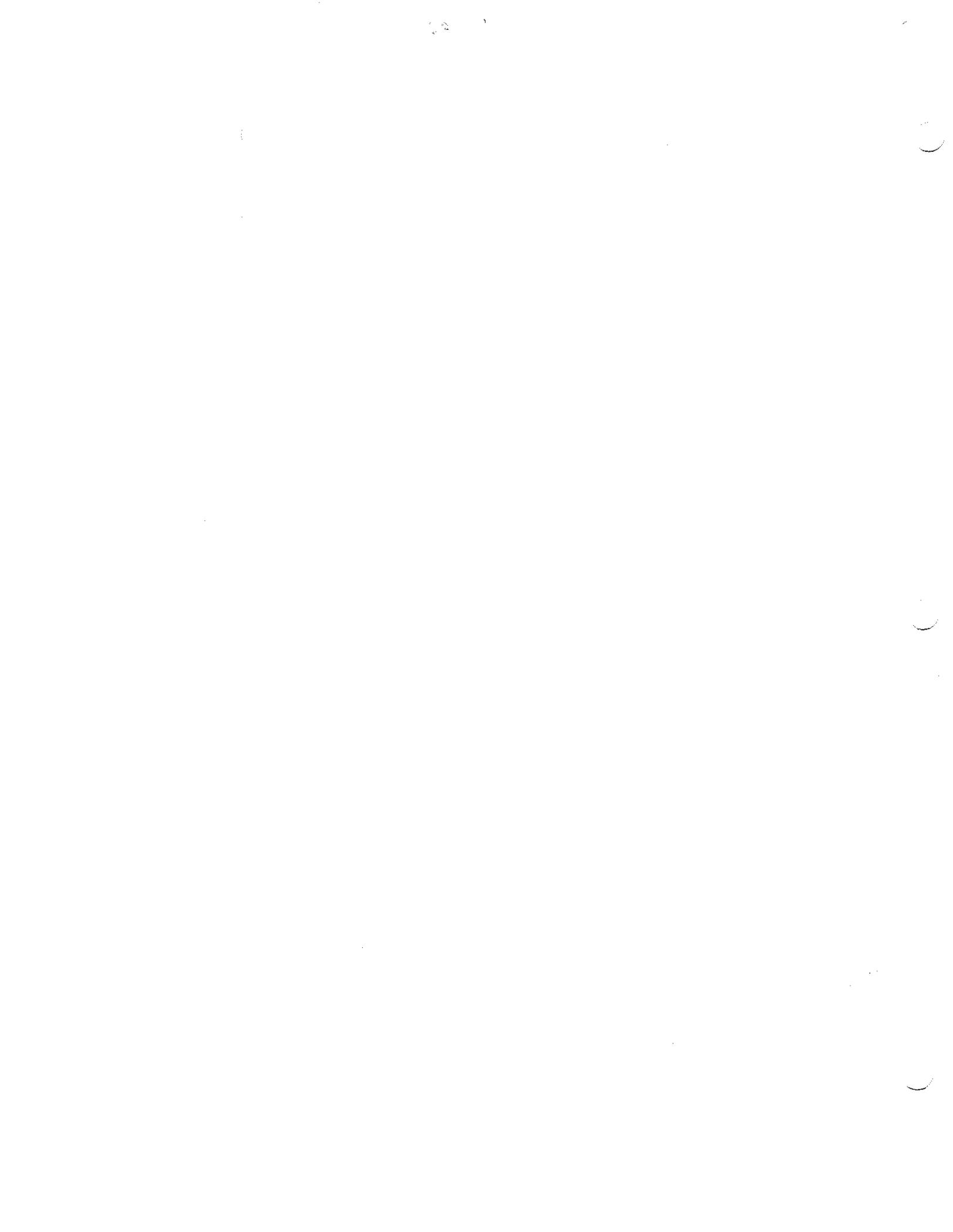
- Juan Alberto Toro Garcia
- 15.378.514
- jatorog@sura.com.co
- frendon@sura.com.co
- TELEFONO: 3507000
- CELULAR: 3164782143
- FAX: 3161191

Con la firma del presente documento manifiesto que la información aquí consignada es veraz y que acepto todas las condiciones establecidas por Metrosalud en esta invitación.

Atentamente,



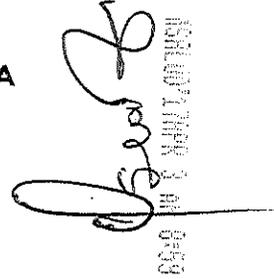
MIGUEL ABELARDO MORENO TOVAR
REPRESENTANTE LEGAL
CC. 71.732.398 de Medellín





E.S.E. Metrosalud
Correspondencia R-2044
Consecutivo R-2044
Fecha de Radicación 03/04/2017-09:04 AM
Destinatarios DIRECCION ADMINISTRATIVA

**ANEXO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**


DIRECCION ADMINISTRATIVA

Ciudad y Fecha: Medellín, Marzo 31 de 2017

Señores
METROSALUD
Medellin

ASUNTO: Convocatoria Pública Administración de Riesgos Laborales E.S.E Metrosalud.

OBJETO: Contratar la Administración de Riesgos Laborales de la E.S.E Metrosalud.

OFERENTE: Compañía de Seguros Bolívar S.A

NIT: 860.002.503

REPRESENTANTE LEGAL: José Ramiro Arboleda Valencia

DIRECCION: Calle 44 N° 69 - 06

TELÉFONO: 4938080

FAX O TELEFAX: 2601533

TIPO DE CUENTA BANCARIA: Cuenta Corriente

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 006069999594

TITULAR DE LA CUENTA: Compañía Seguros Bolívar S.A

BANCO DONDE SE TIENE LA CUENTA: Banco Davivienda S.A

NUMERO DE FOLIOS ENTREGADOS CON LA PROPUESTA: 347

100
100
100

100
100
100

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISOS.

Yo, Jose Ramiro Arboleda Valencia identificado con cédula de ciudadanía número 71.593.164 domiciliado en Medellín, actuando en nombre y representación de la Compañía de Seguros Bolívar S.A tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil, afirmo bajo la gravedad del juramento que conozco y acepto las siguientes condiciones:

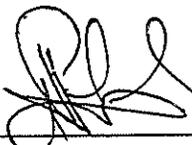
1. Que no nos hallamos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad consagradas en la ley de contratación estatal, acorde con lo establecido en el Estatuto de Contratación de la ESE METROSALUD.
2. Igualmente declaro que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad, me haré responsable frente a METROSALUD y ante terceros, por los perjuicios que se ocasionen y éste (Metrosalud) tiene la potestad suficiente para que se disponga la inmediata descalificación de nuestra propuesta.
3. Que hemos tomado nota cuidadosa de las especificaciones, anexos y condiciones de la presente invitación y aceptamos todos los requisitos de la misma.
4. Que si se nos adjudica algún ítem o todo el contrato, nos comprometemos a otorgar las Garantías requeridas y a suscribir éstas y el contrato, dentro de los términos señalados para ello.

La persona autorizada por esta empresa para resolver las inquietudes y mirar el cumplimiento y la supervisión del contrato con Metrosalud., es:

- Nombres y Apellidos completos: Jaime Camelo Hernandez
- Número de Identificación : 15.259.360
- Dirección del correo electrónico : Jaime.camelo@segurosbolivar.com
- Otra dirección de correo electrónico:
carlos.humberto.botero@segurosbolivar.com
- Teléfono Fijo: 4938080
- Teléfono Móvil: 3147731406
- Fax: 2601533

Con la firma del presente documento manifiesto que la información aquí consignada es veraz y que acepto todas las condiciones establecidas por Metrosalud en esta invitación.

Atentamente,



José Ramiro Arboleda V
CC. 71.593.164



100

1. 100
 2. 100
 3. 100
 4. 100
 5. 100
 6. 100
 7. 100
 8. 100
 9. 100
 10. 100

11. 100
 12. 100

13. 100
 14. 100