



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
GRUPO GESTION CONTRATOS

FORMULARIO N° 01 DE OBSERVACIONES Y RESPUESTAS AL PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA
CUANTÍA N° 019 DE 2017

OBJETO: "VENTA DE MATERIAL RECICLABLE PELIGROSO Y NO PELIGROSO GENERADOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INCLUIDO EL SERVICIO DE GESTIÓN EXTERNA DE CLASIFICACIÓN, EMBALAJE, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL"

**EL SEÑOR SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO (E) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN CALIDAD DE
ORDENADOR DE GASTO y,**

En uso de sus facultades legales y en especial de la conferidas por la Resolución No. 770 de 2011, Resolución No. 1018 del 12 de Noviembre de 2014, Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes en materia contractual, procede a dar respuesta oportuna a las observaciones realizadas por los oferentes dentro del proceso de selección de la referencia de la siguiente forma:

OBSERVACIONES FORMULADAS POR RODRÍGUEZ LEGUIZAMON ANA

OBSERVACIÓN N° 1

• Resolución de Facturación DIAN:

Me permito manifestar que teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de las empresas u organizaciones que maneja residuos sólidos material de reciclaje, no les aplica la obligación de contar con resolución de facturación, por lo anterior cumplimos con los pliego de condiciones ya que el mismo establece para este requisito que se deberá presentar cuando aplique.

RESPUESTA OBSERVACIÓN N° 1

El comité económico acepta la observación y procede a reevaluar el proceso con la subsanación de la observación respectiva.

Proyectó:

PD. Yohana Homez Macías
Comité Económico



ARL

Compra y Transporte de Reciclaje

10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS.

Bogotá D.C., 21 de marzo de 2017

Señores

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Ciudad

Ref.: Observaciones al informe de evaluación – Invitación No. MÍNIMA CUANTÍA N° 019 de 2017.

Yo Ana Rodríguez Leguizamón identificada con cedula de ciudadanía No. 52.635.909 de Bogotá en mi calidad de Representante Legal de ARL, me permito presentar las siguientes observaciones del proceso de la referencia:

- **Resolución de Facturación DIAN:**

Me permito manifestar que teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de las empresas u organizaciones que maneja residuos sólidos material de reciclaje, no les aplica la obligación de contar con resolución de facturación, por lo anterior cumplimos con los pliego de condiciones ya que el mismo establece para este requisito que se deberá presentar cuando aplique.

De igual forma me permito adjuntar certificación bancaria y formato SIIF, según requerimiento en el informe de evaluación

Atentamente,

ANA RODRIGUEZ LEGUIZAMON

C.C. No. 32.633.231 de Bogotá.

"Ayúdenos a ayudar a los más necesitados y desamparados"

Calle 41 Sur N° 80F -16 Barrio El Amparo

Tel: 570 7369 Cel: 311 824 4464 / anitarodriguez@hotmail.es

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ANA - RODRIGUEZ LEGUIZAMON

Identificado con

CC52635909

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0142 PASTRANITA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTAMIGA

Número : 24057060547
Fecha de Apertura : 20 de octubre de 2015
Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector
Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Realizada en la oficina 0049 PATIO BONITO de la ciudad de BOGOTA, el día martes, 21 de marzo de 2017.

Cordialmente,

Efectuado por:

J0M5A0A8 - JULIAN DAVID MACCHI



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

INFORMACIÓN FINANCIERA "SIIF"

CIUDAD Bogotá D.C.

FECHA _15 DE MARZO DEL 2017

DD MM AAAA

Señor : HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Me permito certificar la siguiente información respecto de la apertura o cancelación en SIIF de cuenta bancaria registrada a mi nombre.

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario). - Persona Natural

Nombre: ANA RODRIGUEZ LEGUIZAMON

CC. No: 52.635.909

Fecha de Expedición de la cedula de ciudadanía: Bogotá D.C.

Dirección: calle 41 s H 80 – 16 Teléfono: 311 824 44 64 Fax:

Ciudad: Bogotá D.C. Departamento: Cundinamarca Municipio:

Email: anitarodriguez@hotmail.es

II. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario). - Persona Jurídica

Razón Social I: NIT:

Dirección: Teléfono: Fax:

Ciudad: Departamento: Municipio:

Email:

Nombre Representante Legal: C.C. No

Fecha de Expedición de la cedula de ciudadanía:

PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA N° 019 DE 2017.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

III. DATOS DE LA ENTIDAD DE BANCARIA:

Nombre de la Entidad Bancaria: BANCO CAJA SOCIAL

Número de la cuenta: 24057060547

Denominación de la cuenta corriente: de ahorros



ANA RODRIGUEZ LEGUIZAMON

PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA N° 019 DE 2017.