



INVITACIÓN A COTIZAR

CÓDIGO : AP-CT-F-04-03

VERSIÓN :3

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 083-2018

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EL SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA LOS PACIENTES CON AFILIACIÓN AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO (1)	UNIDAD	20	EL PAQUETE DE OXÍGENO DOMICILIARIO 1 INCLUYE: 1) COCENTRADOR 2) BALA PORTATIL PERMANETE 1M3 CON CUATRO RECARGAS. 3) BALA DE SOPORTE DE CAMBIO DE 6,5M3. 4) ELEMENTOS DESCARTABLES CON ENTREGAS BIMENSUAL (HUMIDIFICADOR, CANULA DE OXIGENO, SISTEMA DE VENTURY. 5) VISITA MENSUAL DE TERAPEUTA RESPIRATORIA CON TOMA Y REGISTRO DE OXIMETRIA.
2	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO (2)	UNIDAD	3	EL PAQUETE DE OXÍGENO DOMICILIARIO 2 INCLUYE: 1) 7 BALAS DE 6,5M3 CON REGULADOR DE PRESION Y FLUJOMETRO. 2) BALA PORTATIL PERMANENTE 1M3 CON CUATRO RECARGAS AL MES. 3) ELEMENTOS DESCARTABLES CON ENTREGA BIMENSUAL (HUMIDIFICADOR,CANULA DE OXIGENO, SISTEMA VENTURY) 4) VISITA MENSUAL DE TERAPEUTA RESPIRATORIA CON TOMA Y REGISTRO DE OXIMETRIA.
3	OXIGENO MEDICINAL 6,5 M3	UNIDAD	10	BALA DE 6,3M3 ADICIONALES AL PAQUETE DE OXÍGENO DIMICILIARIO 2.

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	27/04/2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	03/05/2018 HORA DE CIERRE: 3:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 OFICINA DE CORRESPONDENCIA, EN UN (1) ORIGINAL UN (1) MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICO Y ECONOMICO DE LAS PROPUESTAS	ENTRE EL 04/05/2018 Y EL 08/05/2018.
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	09/05/2018
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES	10/05/2018
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LAS EVALUACIONES AL CORREO ELECTRONICO DEL PROPONENTE	11/05/2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	15/05/2018

JURÍDICOS:

1. A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO **ANEXO NO. 1** ENTREGADO POR LA SUBRED)
- B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO **ANEXO No 2** ENTREGADO POR LA SUBRED)
- C) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES **ANEXO No 3** ENTREGADO POR LA SUBRED)
2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO **ANEXO NO. 4** ENTREGADO POR LA SUBRED)
3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA
4. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES ACTUALIZADO (VIGENCIA 2018, CON INFORMACIÓN DE CIERRE CONTABLE DEL AÑO 2017)
5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT
6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT
7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
12. CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA

TÉCNICOS:

Documentos soportes que debe anexar el proponente

- 1) PRESENTAR REGISTROS INVIMA VIGENTES O QUE ESTÉN EN TRAMITE DE RENOVACIÓN PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS.
- 2) PRESENTAR EL CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA LOS GASES MEDICINALES OFERTADOS, EN CASO DE SER PRODUCTOR, PARA LAS ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO DEBERÁ PRESENTAR CONCEPTO HIGIÉNICO SANITARIO EMITIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD COMPETENTE.

ECONÓMICOS:

EL OFERENTE DEBERÁ OFERTAR LA TOTALIDAD DEL SERVICIO REQUERIDO PARA ESTA INVITACIÓN CON LAS CANTIDADES REQUERIDAS Y DISCRIMINANDO VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Económicos	SE TENDRA EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONOMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS Y TÉCNICOS

Criterios de Desempeño

EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN:

1. LA PROPUESTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGUN EL RADICADO DE CORRESPONDENCIA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$22.274.250)	No.	847
Rubro Presupuestal	MEDICAMENTOS	Fecha del CDP	23/04/2018

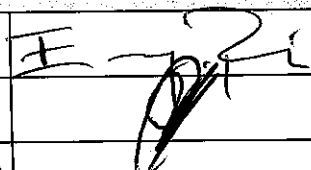
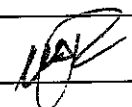
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	TRE (3) MESES
----------------------	--	---------------------------	---------------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Síto de entrega	EL SERVICIO SE PRESTARA PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Forma de entrega	LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PRESENCIAL EN LA SUBRED Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
Garantías de exigibilidad	A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL O SUPERIOR AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. B) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	ENRIQUE PÁEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo: (E)	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte1@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
Bogotá D.C.

Referencia: Propuesta para "SE REQUIERE CONTRATAR EL SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA LOS PACIENTES CON AFILIACIÓN AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E."

Documento: ORIGINAL No. FOLIOS _____

Anexos: _____ folios, Medios Magnéticos _____

Proponente: Nombre de la Persona Natural, Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte1@gmail.com

compras@subrednorte.gov.co

Referencia: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. se permite invitar a presentar propuestas para "SE REQUIERE CONTRATAR EL SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA LOS PACIENTES CON AFILIACIÓN AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E."

Nosotros los suscritos: _____ (Nombre del proponente) de acuerdo con lo establecido en el presente proceso de selección, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la Invitación a Cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de _____.

Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente al objeto a contratar.

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Sistema Integrado de Servicios
de Salud Norte E.S.S.

ANEXO 3

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART.50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____ con C.C, o NIT No. _____ ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante_ () meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso de selección.

Expedida a los _____ días del mes de _____ de 2018.

Nombre: _____

Firma: _____

(Representante Legal o revisor fiscal (cuando esté obligado a tener revisor fiscal))



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

ANEXO 4 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (NOMBRE DEL OFERENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL OFERENTE) domiciliado en _____, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN), quien obra en calidad de _____, Quien(es) en adelante se denominará(n) EL OFERENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la entidad adelanta el presente proceso _____ para _____, en los términos prescritos en la Invitación a Cotizar y demás normas concordantes.

SEGUNDO: Que es interés del oferente apoyar la acción del estado colombiano y de la Entidad, para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS

El oferente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

El oferente no ofrecerá ni dará sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público o contratista, en relación con su propuesta, con el proceso de selección, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de la misma, así como no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre.

El oferente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del proceso de selección referido.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El oferente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el presente proceso de selección, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de _____, a los _____ (FECHA EN LETRAS Y NUMEROS)

**Firma
C.C.**

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE PROPUESTAS CONJUNTAS, SEAN PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, EN ESTE ÚLTIMO CASO A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES ACREDITADOS DENTRO DE LOS DOCUMENTOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O PODERES CONFERIDOS Y ALLEGADOS AL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Abril 23 De 2018

CDP. No.

847

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232102010100000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020101

NOMBRE RUBRO.....: MEDICAMENTOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 3,321,064,248.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 949,875,990.00

SALDO DE APROPIACION : 4,270,940,238.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA PACIENTES
DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

POR UN VALOR INICIAL DE : 22,274,250.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 22,274,250.00

VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 3,321,064,248.00

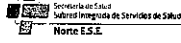
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 927,601,740.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

p/p 
NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO



	SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS		CODIGO : AP-CT-F-01-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION : 4
			PAGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

Fecha de Solicitud d/m/a	23/03/2017	Fecha de Recibido d/m/a	
--------------------------	------------	-------------------------	--

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ
Proceso:	DIRECCION ADMINISTRATIVA

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA LOS PACIENTES CON AFILIACION AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Se requiere servicio para tratamiento de pacientes con patologías crónicas que no cuenten con ningún tipo de vinculación al sistema de salud y que son cubiertos por la entidad territorial Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO 1	20	UNIDAD	20	EL PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO 1 INCLUYE: *CONCENTRADOR *BALA PORTATIL PERMANENTE 1m3 CON CUATRO RECARGAS *BALA DE SOPORTE DE CAMBIO DE 6.5M3. *ELEMENTOS DESCARTABLES CON ENTREGA BIMENSUAL (HUMIDIFICADOR , CANULA DE OXIGENO, SISTEMA VENTURY) *VISITA MENSUAL DE TERAPEUTA RESPIRATORIA CON TOMA Y REGISTRO DE OXIMETRIA	EL PAQUETE CONTEMPLA LOS REQUISITOS MENSUALES POR USUARIO.	
2	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO 2	3	UNIDAD	3	EL PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO 2 INCLUYE: *7 BALAS DE 6.5M3, CON REGULADOR DE PRESION Y FLUJOMETRO *BALA PORTATIL PERMANENTE 1M3 CON CUATRO RECARGAS AL MES *ELEMENTOS DESCARTABLES CON ENTREGA BIMENSUAL (HUMIDIFICADOR , CANULA DE OXIGENO, SISTEMA VENTURY) *VISITA MENSUAL DE TERAPEUTA RESPIRATORIA CON TOMA Y REGISTRO DE OXIMETRIA	EL PAQUETE CONTEMPLA LOS REQUISITOS MENSUALES POR USUARIO.	
3	OXIGENO MEDICINAL 6.5M3	10	UNIDAD	10	BALA DE 6.3M3 ADICIONALES AL PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO 2.		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☐ NO ☐

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

- El oferente debera contar con certificado de Buenas Practicas de Manufactura para los gases medicinales ofertados, en caso de ser productor, para las actividades de almacenamiento y comercializacion debera presentar Concepto Higienico Sanitario emitido por la Secretaria de Salud Competente.
- Registros Invmva Vigentes o en tramite de renovacion para los productos ofertados

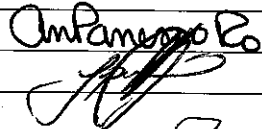
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- GENERALES:**
- CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
 - ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
 - MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
 - SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROSÍ QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
 - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
 - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
 - VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.
 - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ESPECÍFICAS:

- Los equipos deben ser entregados dentro del perímetro urbano de Bogotá dentro de las siguientes 24 horas contadas a partir del momento de la solicitud por los medios establecidos por el oferente.
- Los equipos deben ser entregados en el domicilio del usuario en perfecto estado, el cual sera verificado por los profesionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E que realizan las visitas domiciliarias mensuales, estos tienen la potestad de emitir un concepto tecnico para el reemplazo o cambio de los equipos.
- Las balas de 6.5m3 deben ser entregadas con protector o cubierta impermeable y protector de valvula en caso de caída de la misma.
- El oferente debera realizar seguimiento a los equipos entregados e informar al supervisor cualquier novedad relacionada con el traslado de los mismos a direcciones distintas a la inicialmente acordadas
- El oferente debera recoger los equipos dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de suspension del servicio y la facturacion se debera realizar a corte con la fecha de notificación de la recoleccion, cualquier novedad frente a la gestion de la recoleccion debe ser reportada de inmediato al supervisor del contrato.
- El oferente debera dar educacion al paciente y/o familiar sobre el adecuado manejo, uso y cuidado de los equipos de oxigeno, dejando registro el cual debera ser presentado junto con la facturacion diaria mensual del servicio prestado al supervisor del contrato
- El oferente debera entregar informacion de contacto para cualquier eventualidad presentada con los equipos
- El oferente debera realizar mantenimiento preventivo con periodicidad trimestral y correctivo inmediato, del cual se debera dejar constancia al supervisor del contrato.
- El oferente debera entregar al momento de la facturacion el reporte de la visita efectuada por la Terapeuta respiratoria donde conste la toma de la oximetria.

Plazo estimado de ejecución del contrato (indicar para cuanto tiempo)

Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION ADMINISTRATIVA	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS (e)	

Sistema de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-03
			VERSIÓN : 3
			PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			

DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA										IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO		
		4		3		2		1		4		3		2					1	
		ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA				ALTA	MEDIA
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escala solo una)										Casilla de selección (Escala solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática		
AMBIENTALES:	No adopción de la normatividad de manejo de postconsumo de medicamentos	4											2		6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE			
LA NATURALEZA:	Ocurrencia de eventos definidos como catastróficos								1		4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE			
REGULATORIO:	Cambio en tarifas por directrices de la Comisión Nacional de Precios y Ministerio de Protección Social, o tarifas por variaciones en TRM que afectan factores tales como importaciones y materias primas		3										2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE			
OPERACIONAL:	cambio en la estructura organizacional de la entidad, cambio en la especificación técnica del producto recibido. Productos con fecha de vencimiento corta que pueda llegar a vencerse.		3									3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE			
FINANCIERO:	Cambios en los valores de los productos contratados dado su momento de producción, falta de liquidez al momento de ejecutar la compra.	4									4					ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA			
TECNOLÓGICO:	No disponibilidad de producto por situaciones coyunturales que afecten la oportunidad en la atención		3									3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ
Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - DIR. ADMINISTRATIVA
Elaboración d/m/a	23/03/2018