

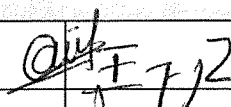
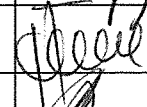
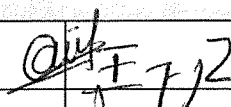
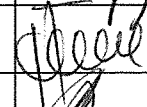
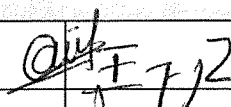
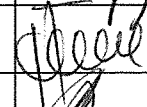
	INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
					FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. 035-2020 S.NTE					
OBJETO A CONTRATAR		Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable para la UMHEs Simón Bolívar, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.			
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Observaciones
1.	Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable en lámina antideslizante – alfajor de calibre 20 con un espesor de 0,9 mm, las medidas de los fosos son: 1.Tanque No. 1; 0.92 X 0.85 m 2.Tanque No. 2; 0.90 X 0.85 m 3.Tanque No. 3; 0.98 X 0.70 m El cual incluye: •Estructura general en acero de soporte y tapa, la cual sea de fácil manipulación por parte de una persona. •Sistema de cierre y seguridad de tapa al tanque. •Dependiendo el sistema de cierre se debe tener en cuenta el elemento para dar seguridad al mismos (chapa, candado, entre otros). •Sistema de bisagras para apertura al tanque. •Retiro de tapas existentes. •Resane de borde del tanque (cubre el perímetro de fosos de acceso de tanque donde se instalará la tapa. •Pintura, señalización y marcación del acceso al tanque según previo acuerdo con la Entidad. •Limpieza y aseo general.	UNIDAD	3		
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		24/02/2020 PLATAFORMA SECOP II			
VISITA TÉCNICA (OBLIGATORIA)		25/02/2020 11:00 a.m. USS Simón Bolívar - Calle 165 No. 7-06 Contacto: Ing. Macedonio Hernández Teléfono: 3012110342			
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		HASTA EL 26/02/2020 A LAS 2:00 PM UNICAMENTE PLATAFORMA SECOP II			
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		27/02/2020 PLATAFORMA SECOP II			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 28/02/2020 Hora: Hasta las 2:00 PM. PLATAFORMA SECOP II			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 28/02/2020 Hora: 2:10 PM. PLATAFORMA SECOP II			
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 28/02/2020 y 03/03/2020			
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		03/03/2020 PLATAFORMA SECOP II			

OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES	Fecha: 04/03/2020 Hora: Hasta las 2:00 PM. PLATAFORMA SECOP II
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES	05/03/2020 PLATAFORMA SECOP II
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES.

DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE	
JURÍDICOS: 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 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 - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA SARLAFT 1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD). 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO. NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO. TÉCNICOS: 1. GARANTÍA MÍNIMA DE UN AÑO, MEDIANTE CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL. 2. EXPERIENCIA DE CONTRATACIÓN CON EL SECTOR PÚBLICO Y/O PRIVADO DE MÍNIMO 3 AÑOS, REFERENTE AL MANTENIMIENTO DE TANQUES DE AGUA, MEDIANTE COPIA DE CONTRATOS SUSCRITOS CON OTRAS EMPRESAS CON MONTO IGUAL Y/O SUPERIOR AL PRESUPUESTO DISPONIBLE DE LA INVITACIÓN A COTIZAR. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). NOTA: LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Sarlaft	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS, SARLAFT Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INVITACIÓN. NOTA: TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL ANEXO ECONÓMICO Y EN LA PREGUNTA DE LISTA DE PRECIOS DEL SECOP II DEBE COINCIDIR.
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. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	\$ 3.865.862 TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE		No.	431
Rubro Presupuestal	MANTENIMIENTO ESE		Fecha del CDP	18/02/2020
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	(3) TRES MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			
	B) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EL CONTRATISTA, DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS.			
	C) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: 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 DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) 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.			
Obligaciones del Contratista	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN 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. 6. 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. 7. 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. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.			
	ESPECÍFICAS 1. EL PROVEEDOR O CONTRATISTA DEBERÁ CUMPLIR, DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO CON EL OBJETO CONTRATADO GARANTIZANDO EL USO DE MATERIALES DE EXCELENTE CALIDAD. 2. LOS ELEMENTOS UTILIZADOS POR EL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA DEBEN SER NUEVOS.			

3. EL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DEBERÁ SER REALIZADO POR PERSONAL QUE CUENTE CON LA IDONEIDAD, EXPERIENCIA, COMPETENCIAS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS. COMO TAMBIÉN GARANTIZAR LAS HERRAMIENTAS, EQUIPAMIENTO QUE SEA NECESARIO. EL CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR AL FINALIZAR LA OBRA DEBE HACER ENTREGA AL SUPERVISOR DE LA MISMA UNA BITÁCORA DONDE REPOSE UN REGISTRO FOTOGRÁFICO SOBRE LO DESARROLLADO Y LOS AVANCES Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS, Y LAS RECOMENDACIONES A LUGAR CON EL FIN DE MANTENER EL OBJETO DE LA OBRA Y/O ARREGLO.										
Observaciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO.									
Anexos	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA									
APROBACIÓN										
Firmas	<table border="1"> <tr> <td>Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:</td> <td>LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA</td> <td rowspan="4">    </td> </tr> <tr> <td>Nombre y Firma Director de Contratación:</td> <td>DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS</td> </tr> <tr> <td>Nombre y Firma Subgerente Corporativo:</td> <td>DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)</td> </tr> <tr> <td>Nombre y Firma Gerente:</td> <td>DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ</td> </tr> </table>	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	  	Nombre y Firma Director de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ
	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	  							
	Nombre y Firma Director de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS								
	Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)								
Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ									

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 18 De 2020

CDP. No. 431

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.....: 31201080100000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 312010801

NOMBRE RUBRO.....: MANTENIMIENTO ESE

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,689,752,194.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 11,732,416,418.00

SALDO DE APROPIACION : 13,422,168,612.00

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:DISEÑO Y FABRICACION DE TAPAS ACCESO ATANQUES DE A
GUA POTABLE PARA SIMON

POR UN VALOR INICIAL DE : 3,865,862.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 3,865,862.00

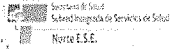
TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,689,752,194.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

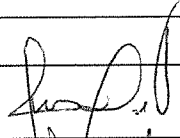
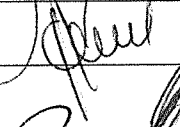
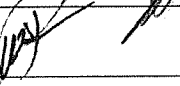
DISPONIBILIDAD NETA : 11,728,550,556.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (318) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS				CÓDIGO : AP-CT-F-01-05	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 5	
						PÁGINA : 1 DE 2	
						FECHA : 12/06/2018	
Fecha de Solicitud D/M/A		16/01/2020		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		JAIRO HURTADO VALENZUELA					
Proceso:		RECURSOS FÍSICOS					
Correo Electrónico y teléfono		recursosfisicos@subrednorte.gov.co; hurtadovalenzuela@gmail.com / 3506583722 / 3005669319					
PAA() PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		Profesional Especializado			
OBJETO A CONTRATAR							
Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable para la UMHES Simón Bolívar, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Se requiere el cambio las tapas de acceso a los tanques de agua potable de la UMHES Simón Bolívar, debido al alto deterioro (oxidación y corrosión) que las actuales tapas poseen. A parte de ello las mismas no cuentan con un sistema de seguridad lo cual impida el acceso a personal no autorizado por parte de la Entidad.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
	Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable en lámina antideslizante – alfajor de calibre 20 con un espesor de 0,9 mm, las medidas de los fijos son: 1.Tanque No. 1: 0.92 X 0.85 m 2.Tanque No. 2: 0.90 X 0.85 m 3.Tanque No. 3: 0.98 X 0.70 m El cual incluye: • Estructura general en acero de soporte y tapa, la cual sea de fácil manipulación por parte de una persona. • Sistema de cierre y seguridad de tapa al tanque. • Dependiendo el sistema de cierre debe tener en cuenta el elemento para dar seguridad al mismo (chapa, candado, entre otros). • Sistema de bisagras para apertura al tanque. • Retiro de tapas existentes. • Resane de borde del tanque (cubre el perímetro de fijos de acceso de tanque donde se instalará la tapa). • Pintura, señalización y marcación del acceso al tanque según previo acuerdo con la Entidad. • Limpieza y aseo general.	3	Unidad	No aplica			
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ___ NO <u>X</u> ___							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
1. Garantía mínima de un año, mediante carta firmada por el representante legal. <u>2</u> 2. Experiencia de contratación con el sector público y/o privado de mínimo 3 años, referente al mantenimiento tanques de agua, mediante copia de contratos suscritos con otras empresas con monto igual y/o superior al presupuesto disponible de la invitación a cotizar.							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS (X)		ECONÓMICOS (X)		OTROS		CUALES:	
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI (X) OBLIGATORIA				NO			
GARANTÍAS DEL CONTRATO							
Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares			
☐	☐	☒	☒	☐			
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos			
☐	☒	☐	☐	☐			

181
 27-01-20
 11/26

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO : AP-CT-F-01-05 VERSIÓN : 5	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 2 DE 2 FECHA : 12/05/2018	
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA			
GENERALES:			
1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN 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. 6. 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. 7. 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. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.			
ESPECÍFICAS:			
1.El proveedor o contratista deberá cumplir, dentro del plazo estipulado con el objeto contratado garantizando el uso de materiales de excelente calidad. 2.Los elementos utilizados por el proveedor y/o contratista deben ser nuevos. 3.El proveedor y/o contratista para el desarrollo de la actividad deberá ser realizado por personal que cuente con la idoneidad, experiencia, competencias y elementos de protección personal para la ejecución de los trabajos. Como también garantizar las herramientas, equipamiento que sea necesario. 4. El contratista y/o proveedor al finalizar la obra debe hacer entrega al supervisor de la misma una bitácora donde repose un registro fotográfico sobre lo desarrollada y los avances y actividades desarrolladas, y las recomendaciones a lugar con el fin de mantener el objeto de la obra y/o arreglo.			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)			
Tres (3) Meses			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA			
1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.			
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	JAIRO HERNADO HURTADO VALENZUELA	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			



Nombre

ANÁLISIS DE RIESGOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CODIGO : AP-CT-F-02-04
VERSION : 4
PÁGINA : 1 DE 1
FECHA : 12/06/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA						IMPACTO						ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	¿QUIÉN ASUME EL RIESGO?	FORMA DE MITIGARLO				
		4		3		2		1		4		3						2		1	
		ALTA	ALTA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA	ALTA	ALTA	ALTA	BAJA	ALTA	BAJA					ALTA	BAJA	BAJA	BAJA
Catálogo de selección	Catálogo de diligenciamiento	Catálogo de selección (Escala solo una)						Catálogo de selección (Escala solo una)						Generación automática	Generación automática	Generación automática					
ECONÓMICOS:	Dado el estado actual de los equipos puede variar los costos económicos estimados en la verificación inicial.													0			Realizar periódicamente el mantenimiento del mercado riesgos de los bienes y/o servicios a contratar				
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato													0			Análisis de las políticas estatales al respecto				
OPERACIONAL:	Suficiencia del presupuesto oficial.		3						3					6	MEDIO ALTO - ADMINISTRATIVO	CONTINUANTE	Ejecución presupuestal superavida				
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contrapartidas y refinanciamientos entre otros													0			Respaldo las obligaciones presupuestales con los deudores crediticios				
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ejecución económica del contrato													0			Análisis del mercado cambios de la moneda extranjera				
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsible en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los terremotos, inundaciones, huracanes, sequías, entre otros													0			Actualizar las recomendaciones que emitan las entidades encargadas				
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas, contribuciones y compensaciones, obligaciones de mitigación, tasas de monitoreo y control, entre otros													0			Cumplimiento de la normatividad actual o implementación temprana de las medidas que lo modifiquen o sustituyan				
TÉCNICO-GRÁFICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos, deterioros tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.													1	BAJA - GESTIONARIO	CONTINUANTE	Actualizar recomendaciones que emitan las entidades y áreas involucradas				
														0							
														0							
														0							

ELABORADO POR: Jairo Hurtado Valenzuela
Nombre: Jairo Hurtado Valenzuela
Correo Electrónico: jhurtadovalenzuela@bms.com
Cargo: Líder Recursos Físicos
Fecha elaboración d/m/a: 12/06/2018

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable para la UMHES Simón Bolívar, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

El suscrito _____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Jurídica y/o Consorcio / Unión Temporal) presento la siguiente propuesta dentro del asunto en referencia y declaro que:

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponden a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito comprometo a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

Yo, _____ Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en mi condición de _____ (Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso) de la Empresa _____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes de los últimos seis (6) meses a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de
Ciudad y Fecha _____

NOTA: La presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese cargo y este registrado en la Cámara de Comercio. Para las Empresas con menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

El suscrito _____, identificado (a) como se indica al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de _____, manifiesto la voluntad de apoyar la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., para fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad de rendir cuentas, por lo tanto, de manera unilateral en nombre de mi(s) representado(s) suscribo el presente Compromiso Anticorrupción, asumiendo los siguientes compromisos:

1. No ofrecer ni dar sobornos ni dar o entregar cualquier otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario, miembro, trabajador o subcontratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., o cualquier otro funcionario del Estado que tenga o haya tenido que ver con el proceso, en relación con su propuesta.
2. No permitir que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independiente incurra en las conductas indicadas en el numeral anterior.
3. Impartir instrucciones a todos sus empleados, subcontratistas y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso.
4. No efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como consecuencia la colusión del proceso o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación del contrato.

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2	
			PÁGINA: 1 DE 3	
				FECHA: 06/05/2019
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____				
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)				
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA				
RAZÓN SOCIAL		NIT		
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NÚMERO:		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:		
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)				
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐				
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SI ☐ NO ☐ RENTA/CREE ☐ IVA ☐ ICA ☐ PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA		
GRAN CONTRIBUYENTE ☐		AGENTE RETENEDOR ☐		AGENTE AUTORETENEDOR ☐
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)				
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS		SI ☐	NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO		SI ☐	NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL		SI ☐	NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA		SI ☐	NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:				
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN				
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN
		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 (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)				
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES		
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES		
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO		
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:				
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:				
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES				
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐	NO ☐	
REDESCUENTO ☐	EXPORTACIONES ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐	OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐	OTRA ☐	Especifique cual: _____
TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS				
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":				

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____		
2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.		
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.		
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.		
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.		
6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)		
7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.		
8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.		
9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.		
10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.		
11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.		
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.		
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.		
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.		
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.		
APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.		
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN		
CONSIDERACIONES		
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.		
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.		
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.		
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:		
*Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.		
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:		
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.		
2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.		
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.		
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.		

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA:1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud <u>(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.		
9. FIRMA Y HUELLA		
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES		
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre y Cargo de quien verifica:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Firma y Cédula		

Anexo 5. OFERTA ECONÓMICA

Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable para la UMHES Simón Bolívar, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Ítem	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Valor Unitario	IVA (si aplica)	Valor Total Unitario	Valor Total
1	Diseño, fabricación e instalación de tapas de acceso de tanques de agua potable en lámina antideslizante – alfajor de calibre 20 con un espesor de 0,9 mm, las medidas de los fosos son: 1. Tanque No. 1; 0.92 X 0.85 m 2. Tanque No. 2; 0.90 X 0.85 m 3. Tanque No. 3; 0.98 X 0.70 m El cual incluye: • Estructura general en acero de soporte y tapa, la cual sea de fácil manipulación por parte de una persona. • Sistema de cierre y seguridad de tapa al tanque. • Dependiendo el sistema de cierre se debe tener en cuenta el elemento para dar seguridad al mismos (chapa, candado, entre otros). • Sistema de bisagras para apertura al tanque. • Retiro de tapas existentes. • Resane de borde del tanque (cubre el perímetro de fosos de acceso de tanque donde se instalará la tapa. • Pintura, señalización y marcación del acceso al tanque según previo acuerdo con la Entidad. • Limpieza y aseo general.	UNIDAD	3		\$ -	\$ -	\$ -

VALOR PROPUESTA	\$ -
-----------------	------

FORMA DE PAGO: 90 DÍAS

FIRMA:
REPRESENTANTE LEGAL:
EMPRESA:
NIT.: