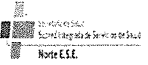
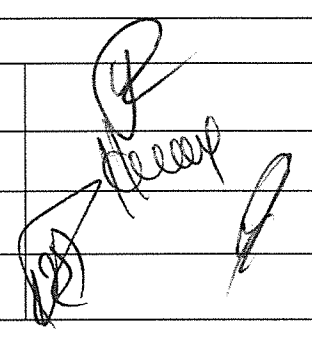
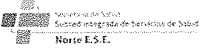
	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS				CÓDIGO: AP-CT-F-01-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 5	
					PÁGINA: 1 DE 2	
				FECHA: 12/06/2018		
Fecha de Solicitud D/M/A		07/01/2020		Fecha de Recibido D/M/A		
DATOS DEL SOLICITANTE						
Nombre del Solicitante:		YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN				
Proceso:		DIRECCION ADMINISTRATIVA				
Correo Electrónico y teléfono		diradministrativo@subrednorte.gov.co				
PAA(☒) PROYECTO (☐)		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERIL O CARGO		YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN- DIRECTORA ADMINISTRATIVA		
OBJETO A CONTRATAR						
CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE						
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
CON EL FIN DE GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y DISPONIBILIDAD DE LOS CONSUMIBLES DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, SE REQUIERE GARANTIZAR EL SUMINISTRO DE LOS INSUMOS UTILIZADOS PARA LOS DESFIBRILADORES, POR ELLO SE DEBE CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LOS DIFERENTES EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE						
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
Con el fin de dar continuidad a la prestación de servicios de Salud y garantizar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos de la Subred Norte, se requiere contratar el suministro de los siguientes dispositivos médicos:						
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación
1	Electrodos multifunción para marcapasos adulto	1	Und	10	Desfibrilador marca Nihon kohden, modelos: TEC-7511K, CARDIOLIFE, TEC-5531, TEC - 5631	
2	Electrodos multifunción para marcapasos pediátrico	1	Und	10	Desfibrilador marca Nihon kohden, modelos: TEC-7511K, CARDIOLIFE, TEC-5531, TEC - 5631	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☐ NO ☒						
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR						
1. EL PROPONENTE DEBE PRESENTAR REGISTRO INVIMA DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS.						
2. EL PROPONENTE DEBE PRESENTAR FICHA TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS DONDE SE ESPECIFIQUE QUE CUMPLEN LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS.						
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA						
TÉCNICOS HABILITANTES		ECONÓMICOS MENOR VALOR OFERTADO		OTROS		CUALES:
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA						
SI:				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		
☐	☒	☐	☐	☐		

01
 16.01.2020
 11:25

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5 PÁGINA : 2 DE 2 FECHA : 12/06/2018
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 GARANTÍA 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. SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS Y DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE CADA UNIDAD, TENIENDO EN CUENTA LA MARCA Y ESPECIFICACIONES DE LOS EQUIPOS MÉDICOS. 2. SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PREVIA SOLICITUD ESCRITA. 3. SUMINISTRAR DISPOSITIVOS NUEVOS, NO RE MANUFACTURADOS, DE PRIMERA CALIDAD DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS Y TENER GARANTÍA MÍNIMA DE 3 MESES POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN. 4. REEMPLAZAR A SUS EXPENSAS, A ENTERA SATISFACCIÓN DE LA SUBRED Y SIN COTOS ALGUNO, LOS DISPOSITIVOS QUE RESULTEN DE MALA CALIDAD O CON DEFECTOS DE FABRICACIÓN. 5. ENTREGAR DISPOSITIVOS MÉDICOS CON MÍNIMO DOS AÑOS DE VENCIMIENTO. 6. ENTREGAR LOS ELEMENTOS SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO EN EL ALMACÉN DE LA SUBRED NORTE, MÁXIMO 48 HORAS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DE LA SOLICITUD DE SUMINISTRO.			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION 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 la 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:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud (E):	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones: Se solicita conforme a las causales de contratación directa establecidos en el manual de contratación de la Subred Norte la contratación con la empresa AMAREY NOVAMEDICAL S.A. al ser el distribuidor exclusivo para los equipos fabricados por Nihon Kohden			

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		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)	QUIEN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros			2		4				6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATISTA	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto 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:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes			2			3			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
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, contragarantías y refinanciaciones entre otros			2			3			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Respaldo las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	Análisis del mercado cambiario 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 temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros									0			Acatar las recomendaciones que emitan as 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 retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.									0			Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas

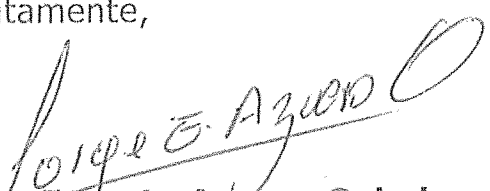
ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN
Correo Electrónico	diradministrativo@subrednorte.gov.co
Cargo:	DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Fecha Elaboración d/m/a	07/01/2020

**NIHON KOHDEN****NIHON KOHDEN LATIN AMERICA S.A.S.**Carrera 16 No. 93A - 36, Oficina 802, Bogotá D.C., Colombia
Teléfono : + 57 1 300 1742 Fax : + 57 1 300 1825**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por la presente certificamos que la empresa **AMAREY NOVAMEDICAL S.A.** con sede en Transversal 23 #93-23 Bogotá-Colombia, es nuestro Distribuidor Exclusivo para el territorio nacional de **Colombia** y autorizado a vender y dar servicio post venta a nuestros equipos fabricados por NIHON KOHDEN en los ramos de Centrales de Monitoreo, Monitores de Signos Vitales, Desfibriladores, Desfibriladores Externos Automáticos, Electrocardiógrafos, Ventiladores respiratorios, Electroencefalógrafos y Electromiógrafos con Potenciales Evocados, tanto para el sector Público como el sector privado.

La vigencia de esta carta es hasta el 31 de Enero 2020

Atentamente,


Jorge Ernesto Azuero Oviedo
Gerente Regional de Ventas
NIHON KOHDEN LATIN AMERICA S.A.S
Cra 16 No 93a-36 Oficina 802



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



73945

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veinticuatro (24) de enero de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Veinticinco (25) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:

JORGE ERNESTO AZUERO OVIEDO, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0079429896 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



8g95adqgebtm
24/01/2019 - 17:28:17:191



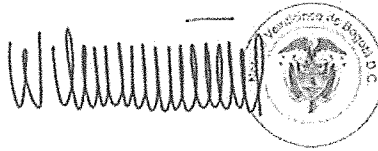
----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de CERTIFICACION DE DISTRIBUCION DE LA EMPRESA AMEREY NOVAMEDICAL S.A y que contiene la siguiente información A QUIEN INTERESE.

NOTARIA V
Bogotá
Wilma Zafra



WILMA ZAFRA TURBAY

Notaria veinticinco (25) del Círculo de Bogotá D.C.

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: 8g95adqgebtm



NOTARIA VEINTICINCO
Bogotá, D.C.
Wilma Zafra Turbay



AMAREY NOVA
MEDICAL S.A.
NIT. 800.250.382-2
Transv 23 No. 93-23
Bogotá
PBX: 7447300 Fax:
2579781
Bogotá



NIHON KOHDEN

ATOM

Bogotá, D.C. 23 De Enero de 2020

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Atn. SR. ANDRES MAURICIO MOJICA ALAVA
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
BOGOTÁ

Representante: MONICA GAMBA PARRA
Celular: 320 8596613

COTIZACIÓN ZN A0401-275

Respetados señores:

Nuestro compromiso es ofrecer las mejores tecnologías actualmente en el mercado, AMAREY NOVA MEDICAL S.A. tiene el gusto de presentarle la siguiente cotización:

PRECIOS EN PESOS

DESCRIPCIÓN PRODUCTO	FOTO	MARCA	MODELO	CANT	VR. UNITARIO SIN IVA	VR. UNITARIO CON IVA	VR. TOTAL CON IVA
SET DE ELECTRODOS PARA PACIENTE ADULTO/PEDIATRICO P-711, SET X 2 UNID, 1.5m		NIHON KOHDEN	H329 (P-711)	1	\$ 173.900	\$ 33.041	206.941

COTIZACIÓN ZN A0401-275

CONDICIONES COMERCIALES

VALIDEZ DE LA PROPUESTA	Treinta (30) días fecha de cotización.
PLAZO DE ENTREGA:	3 a 5 Días hábiles siguientes al recibo de la Orden de compra, para productos en stock. Para productos de importación Nihon Kohden 60 días / ATOM 60-90 días
FORMA DE PAGO	Convenio Vigente con la Institución o a convenir.
BANCOS:	BANCOLOMBIA Cuenta Corriente No. 048-094618-99 BBVA Cuenta Corriente No. 693 067597

Cordialmente,

German Aristizabal Vallejo
Director Comercial

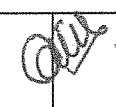
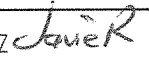
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		CÓDIGO : PR-F-01-02
			VERSIÓN : 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E PRESUPUESTO		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 27/04/2017

Fecha de la solicitud:

23	01	2020
DIA	MES	AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE

Área ó centro solicitante:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Rubro presupuestal:	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
Código del Rubro:	321020102
Valor Solicitado (En letras y números):	\$ 12.416.460 DOCE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.

FIRMAS	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre del responsable de área o centro que solicita	Firma del solicitante
	DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ 	
	Nombre del Director que revisa 31-03-20	Firma Revisado
	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud	Vo.Bo.
	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	
	Nombre del Gerente	 Firma aprobado

Recibido en Presupuesto _____

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 23 De 2020

CDP. No.

189

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.....: 32102010200000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020102

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 876,472,706.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 15,987,830,384.00

SALDO DE APROPIACION : 16,864,303,090.00

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 ELECTRODOS MULTIFUNCION PARA MARCAPA
SOS DESFIB

POR UN VALOR INICIAL DE : 12,416,460.00

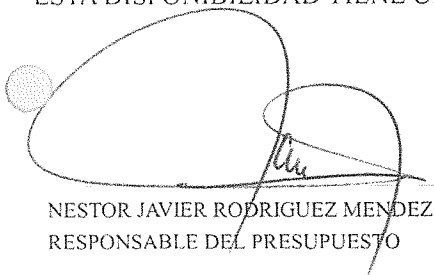
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 12,416,460.00

DOCE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 876,472,706.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 15,975,413,924.00

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



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

	INVITACIÓN A COTIZAR					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
INVITACIÓN A COTIZAR CONTRATACIÓN DIRECTA No. 018-2020 S.NTE CON AMAREY NOVA MEDICAL						
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE 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	Especificación Técnica	Observaciones
1	ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS ADULTO	UNIDAD	A DEMANDA	10	Desfibrilador marca Nihon Kohden, modelos: TEC-7511K, CARDIOLIFE TEC-5531, TEC - 5631	
2	ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS PEDIATRICO	UNIDAD	A DEMANDA	10	Desfibrilador marca Nihon Kohden, modelos: TEC-7511K, CARDIOLIFE TEC-5531, TEC - 5631	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN			31/01/2020			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS			Fecha: DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE ESTA INVITACIÓN. Lugar: CORREO ELECTRÓNICO: comprasrednorte1@gmail.com			
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. PRESENTAR REGISTRO INVIMA DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS.
2. PRESENTAR FICHA TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS DONDE SE ESPECIFIQUE QUE CUMPLEN LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS.

ECONÓMICOS:

1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED).
2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.
3. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.
4. LA PROPUESTA 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 JURÍDICOS, 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.

Criterios de Desempate

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	\$ 12.416.460	No.	189
Rubro Presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	Fecha del CDP	23/01/2020

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	TRES (3) 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

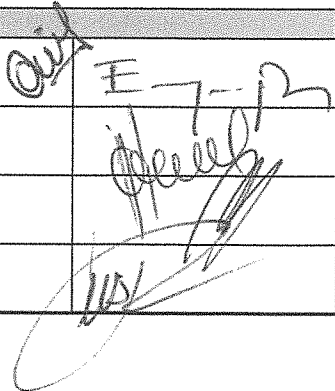
A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL 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 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.

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.

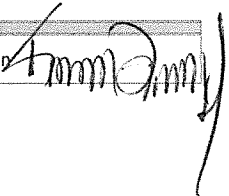
Obligaciones del Contratista	4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE 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. SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS Y DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE CADA UNIDAD, TENIENDO EN CUENTA LAS MARCAS Y ESPECIFICACIONES DE LAOS DIFERENTES EQUIPOS MEDICOS.				
2. SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PREVIA SOLICITUD ESCRITA.				
3. SUMINISTRAR DISPOSITIVOS NUEVOS, NO RE MANUFACTURADOS, DE PRIMERA CALIDAD DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS Y TENER GARANTÍA MÍNIMA DE 3 MESES POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN.				
4. REEMPLAZAR A SUS EXPENSAS, A ENTERA SATISFACCIÓN DE LA SUBRED Y SIN COTOS ALGUNO, LOS DISPOSITIVOS QUE RESULTEN DE MALA CALIDAD O CON DEFECTOS DE FABRICACIÓN.				
5. EL CONTRATISTA GARANTIZARA POR 3 MESES TODOS LOS ELEMENTOS SUMINISTRADOS A LA SUBRED NORTE, POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN SIEMPRE Y CUANDO ESTA NO SEA POR CAUSAS IMPUTABLES A LA MALA MANIPULACIÓN DE LOS ELEMENTOS.				
6. ENTREGAR LOS ELEMENTOS SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO EN EL ALMACÉN DE LA SUBRED NORTE, MÁXIMO 48 HORAS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DE LA SOLICITUD DE SUMINISTRO.				
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 APORTES PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA			
APROBACIÓN				
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA		
	Nombre y Firma Dirección 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		

INFORMACION DEL PROCESO				
Proceso No.	CONTRATACIÓN DIRECTA 018-2020			
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Otros mecanismos			
Objeto a contratar	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACION DE LA EVALUACION				
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACION	
			Proponente 1	Proponente 2
			AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	N/A
			NIT: 800250382-2	N/A
FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		(NA)		
1. HABILITANTES JURÍDICOS	a). Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred) c) Certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	3. certificado de existencia y representación legal / matrícula mercantil (expedición no mayor a treinta (30) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	4. Registro único de proponentes (expedición no mayor a noventa (90) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A.	N.A.
	5. fotocopia del registro único tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	7. fotocopia documento de identidad del representante legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	8. certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.
	9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N.A.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN	
			Proponente 1	Proponente 2
			AMAREY NOVA MEDICAL S.A. NIT: 800250382-2	N/A
1. HABILITANTES JURÍDICOS	10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	12. Certificado de registro nacional de medidas correctivas - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	13. certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	14. póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATHERIN DAVILA MARIN/ Profesional de Apoyo Administrativo/ Dirección de Contratación



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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 018-2020

INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR DIRECTA No.018-2020

OBJETO: CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT

DOCUMENTACION REQUERIDA	AMAREY NOVA MEDICAL SA NIT 800.250.382-2		
	REPRESENTANTE LEGAL: JOSE RAUL DURAN ECHANDIA CC#19'425.741		
	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE
Oferta de Servicios	X	X	
Pago de Parafiscales	X	X	
Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción	X	X	
Camara y Comercio	X	X	
Fotocopia del RUT	X	X	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía	X	X	
Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación	X	X	
Responsables Fiscales - Contraloría General de la República	X	X	
Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá	X	X	
Certificado antecedentes Penales- Policía Nacional de Colombia	X	X	
Formato Conocimiento del cliente o contraparte- empresa	X	X	
Información financiera	X	X	
Verificación en lista vinculante de la ONU-CLINTON	VERIFICADO	X	

INFORME DE EVALUACION SARLAFT

La propuesta presentada por el oferente: CUMPLE, con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT así:

1. AMAREY NOVA MEDICAL SA NIT 800.250.382-2

*Se llevo a cabo la verificación de los soportes y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte.

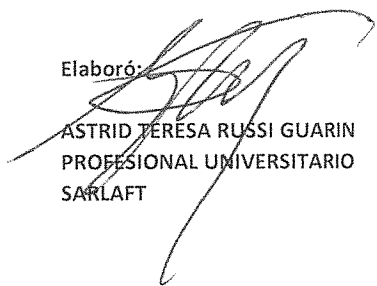
*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012

Fecha de la evaluación : 05/02/2020

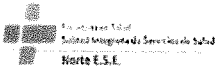
Revisó:


DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ
 OFICIAL DE CUMPLIMIENTO
 SARLAFT

Elaboró:


ASTRID TERESA RUSSI GUARIN
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO
 SARLAFT

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO BOGOTÁ/COLOMBIA, 3 DE FEBRERO DE 2020		
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 AMAREY NOVA MEDICAL S.A.		NIT 800.260.382-2	
REPRESENTANTE LEGAL DURAN		SEGUNDO APELLIDO ECHANDIA	
CEDELA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDELA DE CIUDADANÍA ☒		NUMERO: 19.425.741	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD 1980-08-09		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) 30/04/1979	
LUGAR NACIMIENTO MEDELLÍN		DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL TR. 23 No.93-23		CIUDAD BOGOTÁ	
PAÍS COLOMBIA		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
CORREO ELECTRÓNICO: fcy.garcia@novamedical.com		PORTAL/PAGINA INTERNET: www.studiosnorte.com	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA Diag. 74B Transv. 32b - 69		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO/CIUDAD ANTIOQUIA/MEDELLÍN		TELÉFONO/FAX 7447300	
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 ☐		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA 4645	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☒ NO ☐		AGENTE RETENEDOR SI ☒ NO ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☐		PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐	
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		%	
REYNA ROMERO & CIA S EN C		TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒	
UCIPHARMA S.A.		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒	
AMAYA REYNA ESTAFANIA		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)		NUMERO IDENTIFICACIÓN	
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES 12.246.616.250		ACTIVOS TOTALES \$147.601.893.000	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES 185.175.167		PASIVOS TOTALES 77.751.548.000	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES 11.465.837.500		PATRIMONIO 69.850.347.000	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES 265.095.000		FINANCIEROS	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES FINANCIEROS		FINANCIEROS	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES FINANCIEROS		FINANCIEROS	
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 Cuenta Money Market	NO DEL PRODUCTO 80110000769	MONTO OPERACIÓN 1.000.000	CIUDAD PANAMA
		PAÍS PANAMA	MONEDA USD
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 009/2018)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN: 2
	GESTIÓN FINANCIERA	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): VENTA, IMPORTACION Y EXPORTACION DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS

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

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 lo 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.

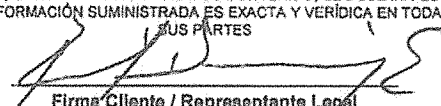
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
 *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente 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:

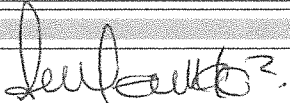
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes 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.

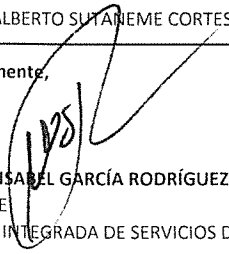
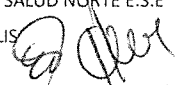
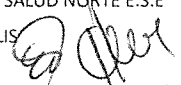
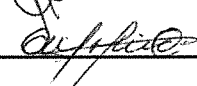
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 médica, 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.

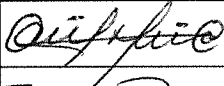
	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2018)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019										
	5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas 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 lo 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 sarilaft@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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES  Firma Cliente / Representante Legal  Huella Índice Derecho												
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Ciudad y fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la Entrevista:		4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
1. Ciudad y fecha												
2. Nombre y Cargo de quien verifica:												
3. Lugar de la Entrevista:												
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula												

 Gobierno de Antioquia Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION : 3		
PAGINA : 1 DE 3					
FECHA : 11/10/2017					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
Proceso No.	INVITACIÓN A COTIZAR CONTRATACIÓN DIRECTA No. 018-2020 S.NTE CON AMAREY NOVA MEDICAL				
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☐ Invitación a Cotizar B. ☒ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos				
Objeto a contratar	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AMAREY NOVA MEDICAL S. A.		
			NIT: 800.250.382-2		
TÉCNICOS (Relacione o la describa en los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los mapas de especificaciones de acuerdo al proceso adelantado)	1. EL PROPONENTE DEBE PRESENTAR REGISTRO INVIMA DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El proponente presenta registro sanitario No. 2008E8C-0002632		
	2. PRESENTAR FICHA TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS OFERTADOS DONDE SE ESPECIFIQUE QUE CUMPLEN LAS CARACTERÍSTICAS Y COMPATIBILIDAD CON LA MARCA DE LOS DESFIBRILADORES SOLICITADOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El proponente presenta ficha técnica para los electrodos multifuncion para para desfibrilador NIHON KOHDEN modelo TEC		
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	Luisa Fernanda Castiblanco C	Ingeniera Biomédica			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		CÓDIGO : AP-CT-F-08-03 VERSIÓN : 3				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018				
FECHA DEL COMUNICADO		7/02/2020					
TIPO No. DE PROCESO		INVITACIÓN A COTIZAR - CONTRATACIÓN DIRECTA No. 018-2020					
Señor (a) JOSE RAUL DURAN ECHANDIA Representante Legal AMAREY NOVA MEDICAL S.A. Dirección: TRANS 23 No. 93-23 Teléfono: 57+1 7447300 E-Mail: www.grupoamarey.com							
ACEPTACIÓN DE LA OFERTA							
En concordancia con lo establecido en el Manual de Contratación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, y teniendo en cuenta para ello las especificaciones contenidas en los estudios previos, y en la oferta presentada por usted dentro del proceso referenciado, se ha decidido aceptar la propuesta presentada por usted dentro del proceso de contratación INVITACIÓN A COTIZAR - CONTRATACIÓN DIRECTA No. 018-2020							
TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN							
OBJETO DEL CONTRATO		CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	Item /Codigo	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor total Unitario
	1	ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS ADULTO	UNIDAD	DEMANDA	\$ 173.900	\$ 33.041	\$ 206.941
	2	ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS PEDIATRICO	UNIDAD	DEMANDA	\$ 173.900	\$ 33.041	\$ 206.941
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		(3) TRES MESES					
VALOR DEL CONTRATO		\$ 12.416.460 DOCE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
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.					
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. 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. 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.					

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO : AP-CT-F-08-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018
	10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS: 1.SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE CADA UNIDAD, TENIENDO EN CUENTA LA MARCA Y ESPECIFICACIONES DE LOS EQUIPOS MEDICOS. 2.SUMINSTRAR LOS ELEMENTOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y CARACTERISTICAS SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PREVIA SOLUCITUD ESCRITA 3.SUMISNTRAR DSIPOSITIVOS NUEVOS, NO RE MANUFACTURADOS, DE PRIMERA CALIDAD DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS Y TENER GARANTIA MINIA DE 3 MESES POR DEFECTOS DE FABRICACION. 4.REEMPLAZAR A SUS EXPENSAS, A ENTERA SATISFACCION DE LA SUBRED Y SIN COSTO ALGUNO, LOS DISPOSITIVOS QUE RESULTEN DE MALA CALIDAD O CON DEFECTOS DE FABRICACION . 5.ENTREGAR DISPOSITIVOS MEDICOS CON MINIMO DOS AÑOS DE VENCIMIENTO. 6.ENTREGAR LOS ELEMENTOS SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO POR EL ALMACEN DE LA SUBRED NORTE, MAXIMO 48 HORAS DESPUES DE LA APROBACION DE LA SOLICITUD DE SUMINSTRO.		
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES - INGENIERO BIOMEDICO		
Cordialmente,  YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ GERENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Aprobó: DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS  Revisó: LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA  Proyectó: ANDRÉS MAURICIO MOJICA ALAVA 			

	SOLICITUD DE ELABORACIÓN DEL CONTRATO						CÓDIGO: AP-CT-F-09-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 4	
							PÁGINA: 1 DE 2	
						FECHA: 12/06/2018		
Fecha de solicitud: d/m/a		7/02/2020		Modalidad de Selección:		INVITACIÓN A COTIZAR CONTRATACION DIRECTA No. 018-2020		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR:				AMAREY NOVA MEDICAL S.A.				
RÉGIMEN DE VENTAS:		Común	X	Simplificado		NIT:	800.250.382	
DIRECCIÓN:			CORREO ELECTRÓNICO:			NUMERO TELEFÓNICO:		
TRANSV 23 No. 93-23			www.grupoamarey.com			TEL: 57+17447300		
OBJETO DEL CONTRATO								
CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADOR MARCA NIHON KOHDEN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.								
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO								
Rubro Presupuestal		MATERIAL MEDICO QUIRURGICO			CDP Nro.		189	
DESCRIPCIÓN TÉCNICA								
Item / Código	Nombre / Descripción			Unidad de medida	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor Total Unitario
1	ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS ADULTO			UNIDAD	DEMANDA	\$ 173.900	\$ 33.041	\$ 206.941
2	ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS PEDIATRICO			UNIDAD	DEMANDA	\$ 173.900	\$ 33.041	\$ 206.941
VALOR DEL CONTRATO		\$ 12.416.460	DOCE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA		¿El valor del contrato incluye IVA?		SI	NO
							X	
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						
SUPERVISOR DEL CONTRATO		NOMBRE:			CARGO:			
		ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES			INGENIERO BIOMEDICO			
		CORREO ELECTRÓNICO:			NUMERO DE CONTACTO:			
		INGENIERIABIOMEDICA@SUBREDNORTE.GOV.CO			3114642165			
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 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. SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE CADA UNIDAD, TENIENDO EN CUENTA LA MARCA Y ESPECIFICACIONES DE LOS EQUIPOS MEDICOS.								
2. SUMINSTRAR LOS ELEMENTOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y CARACTERISTICAS SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PREVIA SOLUCITUD ESCRITA								
3. SUMISNTRAR DISPOSITIVOS NUEVOS, NO RE MANUFACTURADOS, DE PRIMERA CALIDAD DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS Y TENER GARANTIA MINIA DE 3 MESES POR DEFECTOS DE FABRICACION.								
4. REMPLAZAR A SUS EXPENSAS, A ENTERA SATISFACCION DE LA SUBRED Y SIN COSTO ALGUNO, LOS DISPOSITIVOS QUE RESULTEN DE MALA CALIDAD O CON DEFECTOS DE FABRICACION .								
5. ENTREGAR DISPOSITIVOS MEDICOS CON MINIMO DOS AÑOS DE VENCIMIENTO.								
6. ENTREGAR LOS ELEMENTOS SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO POR EL ALMACEN DE LA SUBRED NORTE, MAXIMO 48 HORAS DESPUES DE LA APROBACION DE LA SOLICITUD DE SUMINISTRO.								

GARANTÍAS A PRESENTAR	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 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 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.		
Firmas	Nombre y Firma de la persona quien elabora:	ANDRES MAURICIO MOJICA ALAVA	
	Nombre y Firma área de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	DR. ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma VoBo. Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	