

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CODIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 3 PAGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	25/02/2019
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 013-2019 S.NTE

Señor (a)
ANGÉLICA MARÍA CORTÉS PÉREZ
 Representante Legal
BIOINGENIERIA MEDICA HOSPITALARIA S.A.S.
 Dirección: Calle 134A No 92-06
 Teléfono: 6036273 - 3005023575
 E-Mail: bioingenieriamedicahospi@gmail.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 013-2019 S.NTE**

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO INCLUIDO REPUESTOS DE LAS CÁMARAS DE LAPAROSCOPIA PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE UTILIZADAS EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA.
---------------------	--

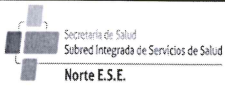
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	ITEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR
	1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE CAMARAS DE LAPAROSCOPIA

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	DOS (02) MESES
---------------------------------	----------------

VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$33.320.000) M/CTE.
--------------------	--

FORMA DE PAGO	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.
---------------	---

	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.

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 3
			PAGINA : 1 DE 1
			FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	25/02/2019
----------------------	------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 013-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a) ANGÉLICA MARÍA CORTÉS PÉREZ Representante Legal BIOINGENIERIA MEDICA HOSPITALARIA S.A.S. Dirección: Calle 134A No 92-06 Teléfono: 6036273 - 3005023575 E-Mail: bioingenieriamedicahospi@gmail.com
--

	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. BRINDAR GARANTÍA DE LA MANO DE OBRA Y COMPROMETERSE A REPARAR LOS DAÑOS, POR MANIPULACIÓN INADECUADA DE LOS EQUIPOS, ASÍ COMO TAMBIÉN ASUMIR LOS DAÑOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRATADO CUANDO SE DERIVEN DE LA NEGLIGENCIA O ERRORES PROPIOS.
	2. BRINDAR SERVICIO TÉCNICO CON PRESENCIA DEL PERSONAL TÉCNICO CALIFICADO EN EL SITIO DONDE SE ENCUENTREN LOS BIENES EN UN TIEMPO NO MAYOR A 24 HORAS Y GARANTIZAR LA PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS NUEVAMENTE EN UN TIEMPO LÍMITE DE 72 HORAS. EN EL EVENTO QUE LA REPARACIÓN REQUIERA DE REPUESTOS, ESTOS DEBEN SER INFORMADOS AL SUPERVISOR DE LA ORDEN Y SOLO SERÁN INSTALADOS CON PREVIA AUTORIZACIÓN RESPONDIENDO A LOS PRINCIPIOS DE OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CODIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 3 PAGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	25/02/2019
----------------------	------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 013-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a)
 ANGÉLICA MARÍA CORTÉS PÉREZ
 Representante Legal
BIOINGENIERIA MEDICA HOSPITALARIA S.A.S.
 Dirección: Calle 134A No 92-06
 Teléfono: 6036273 - 3005023575
 E-Mail: bioingenieriamedicahospi@gmail.com

3. ELABORAR EL REPORTE TÉCNICO DE CADA UNO DE LOS ELEMENTOS A LOS QUE SE LES REALIZA MANTENIMIENTO, EL CUAL DEBE ESTAR DILIGENCIADO EN LETRA CLARA LEGIBLE EN TODOS SUS CAMPOS. ÉSTE REPORTE DEBE LLEVAR NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN EL EQUIPO.
4. REALIZAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL TÉCNICO Y ASISTENCIAL EN EL MANEJO, USO, CUIDADO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS DEL ÁREA.
5. ASUMIR LOS GASTOS DE LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES, EQUIPOS, HERRAMIENTAS, TRANSPORTE, PERSONAL Y/O CUALQUIER OTRO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.
6. DOTAR AL PERSONAL CON ELEMENTOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL ACORDES AL TIPO DE RIESGO

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
--------------------------	--------------------------

Cordialmente,


YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRIGUEZ
 GERENTE

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

Aprobó: Dr. Alvaro de Jesús Galvis Barrios

Revisó Dra. Lidia Hemilet Cala Celis

Proyectó Cristian Julian Urueña Tellez

