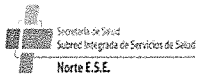
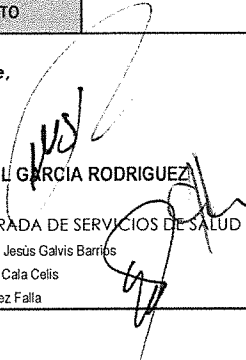


	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 30/10/2018	
FECHA DEL COMUNICADO		13 de Mayo de 2019	
TIPO No. DE PROCESO		INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 092-2019	
Jose Noel Garcia Londoño Representante Legal QuiruMedicas LTDA Cra 49# 128 a -32 6488888 ventas@quirumedicas.com.co			
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 invitación a cotizar directa No 092-2019. A cuyo objeto es: "Suministro integral de dispositivos médicos para las unidades de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E". Teniendo en cuenta para ello las especificaciones contenidas en la Invitación a cotizar y en la oferta presentada por ustedes dentro de lo referenciado, documentos que para todos los efectos legales hacen parte integral del presente comunicado			
TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN			
OBJETO DEL CONTRATO		Suministro integral de dispositivos médicos para las unidades de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E	
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	1	ALCOHOL GLICERINADO A BASE DE ETANOL, ISOPROPANOL Ó N-PROPANOL, Ó UNA COMBINACIÓN ENTRE LAS DOS + GLICERINA. PRESENTACIÓN DE 1.000 CC	
	2	ALCOHOL GLICERINADO A BASE DE ETANOL, ISOPROPANOL Ó N-PROPANOL, Ó UNA COMBINACIÓN ENTRE LAS DOS + GLICERINA. PRESENTACIÓN DE 240 CC	
	3	ALCOHOL GLICERINADO A BASE DE ETANOL, ISOPROPANOL Ó N-PROPANOL, Ó UNA COMBINACIÓN ENTRE LAS DOS + GLICERINA. PRESENTACIÓN DE 500 CC	
	4	CLORHEXIDINA 2 % + ALCOHOL ISOPROPILICO 70% 120 ML	
	5	CLORHEXIDINA 2 G + ALCOHOL ISOPROPILICO 70% 60 ML	
	6	CLORHEXIDINA 4% JABON 1000 ML (SISTEMA PUSH)	
	7	CLORHEXIDINA 4% JABON 1000 ML (SISTEMA SENSOR)	
	8	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 % JABON QUIRURGICO 120 ml	
	9	DESINFECTANTE CON GLUTARALDEHIDO+ FORMALDEHIDO+CETRIMIDA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS FRASCO DE 3 A 5 L	
	10	DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL CON GLUTARALDEHIDO PARA AREAS, SUPERFICIES HOSPITALARIAS FRASCO DE 3 A 5 L	
	11	DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL GLUTARALDEHIDO 0,1 gr + FORMALDEHIDO 0,04 gr por cada 100 ml X 1.000 ML	
	12	DETERGENTE LÍQUIDO NEUTRO CONCENTRADO BIODEGRADABLE PARA SUPERFICIES Y ELEMENTOS DE USO HOSPITALARIO. GARRAFA 3 - 5 L	
	13	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% JABÓN FRASCO DE 60 ML.	
	14	PAÑIN CLORHEXIDINA GLUCONATO 2G MAS ALCOHOL ISOPROPILICO 70% SOBRE	
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		DOS (2) MESES	
VALOR DEL CONTRATO		CUARENTA MILLONES DE PESOS M/cte (\$40,000,000)	
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.	
GENERALES 1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS 2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.			

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 30/10/2018
FECHA DEL COMUNICADO	13 de Mayo de 2019	
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 092-2019	
Jose Noel Garcia Londoño Representante Legal QuiruMedicas LTDA Cra 49# 128 a -32 6488888 ventas@quirumedicas.com.co		
	3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROSÍ QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 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. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE. 8. 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.	
	ESPECIFICAS 1. ENTREGAR MENSUALMENTE O SEGÚN NECESIDADES DEL SERVICIO, LOS PEDIDOS DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS SOLICITADOS POR EL ÁREA DE COMPRAS O QUIEN HAGA SUS VECES DE LAS SUBREDES, EN LAS CANTIDADES EXACTAS REQUERIDAS. 2. CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFICIALES Y DEMÁS DISPOSICIONES VIGENTES DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. 3. GARANTIZAR LA SEGURIDAD, CALIDAD, EFICACIA Y ESTABILIDAD DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS A SUMINISTRAR DURANTE TODO EL PERÍODO DE VIDA ÚTIL. NO ACEPTARÁN, EVALUARÁN NI TENDRÁN EN CUENTA DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO, QUE TENGAN CUESTIONAMIENTOS DE ENTIDADES NACIONALES O INTERNACIONALES SOBRE SU CALIDAD. 4. GARANTIZAR QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS A SUMINISTRAR, NO SEA INFERIOR AL 75% DE LA VIDA ÚTIL, DECLARADA EN EL REGISTRO SANITARIO, AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA DEL INSUMO EN LA SEDE DE LA SUBRED, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO INDICADAS PARA EL PRODUCTO POR EL FABRICANTE, LAS CUALES DEBERÁN SER CUMPLIDAS HASTA LA ENTREGA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED. SI ES A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR, ÉSTE DEBE GARANTIZAR LAS MISMAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO. 5. GARANTIZAR QUE LOS EMPAQUES DE LOS PRODUCTOS OFRECIDOS ORIGINALES DE FABRICA, CON LAS ETIQUETAS O RÓTULOS ÍNTEGROS, SE DEBE IDENTIFICAR EN SU EMPAQUE PRIMARIO Y SECUNDARIO EL CÓDIGO DE BARRAS (EAN 13) Y EL REGISTRO SANITARIO, PERFECTAMENTE LEGIBLES Y CON INSTRUCCIONES DE USO Y MANEJO. ES REQUISITO PARA LA ENTREGA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS INSUMOS. 6. PRESENTAR AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZADOR, DISTRIBUIDOR, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL SECTOR SALUD, CUANDO APLIQUE. 7. CAMBIAR DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO, CUANDO NO SE ALCANCE A CONSUMIR ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN. LA SUBRED DARÁ AVISO POR ESCRITO AL CONTRATISTA CON MÍNIMO TRES (3) MESES DE ANTICIPACIÓN A SU VENCIMIENTO, Y ÉSTE ÚLTIMO SE OBLIGA A CAMBIAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, AUN CUANDO EL CONTRATO CELEBRADO CUMPLA SU VIGENCIA, POR IGUAL CANTIDAD, LA MISMA CALIDAD QUE LOS RECIBIDOS Y CON UNA VIDA ÚTIL MÍNIMA DE 75%, SALVO QUE LA SUBRED, CONSIDERE QUE EL DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS SEA CAMBIADO POR OTRO, QUE ESTE INCLUIDO EN LA MISMA OFERTA, EN CUYO CASO, LAS CANTIDADES SE AJUSTARÁN AL VALOR A RECONOCER. 8. CONTAR CON INVENTARIO DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICO OBJETO DEL CONTRATO, SUFICIENTE Y DISPONIBLE PARA ATENDER CON OPORTUNIDAD LOS REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED. 9. SUMINISTRAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA CONTRATACIÓN Y RECEPCIÓN TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS. 10. ENTREGAR DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS OBJETO DEL CONTRATO, PARA SU RECEPCIÓN TÉCNICA DURANTE LOS TRES (3) DÍAS POSTERIORES, AL REQUERIMIENTO REALIZADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O EL DELEGADO PARA TAL EFECTO.	

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 30/10/2018
FECHA DEL COMUNICADO	13 de Mayo de 2019	
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 092-2019	
Jose Noel Garcia Londoño Representante Legal QuiruMedicas LTDA Cra 49# 128 a -32 6488888 ventas@quirumedicas.com.co		
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	11. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDO ACORDE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CANTIDADES REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O SU DELEGADO. SE PODRÁN RECHAZAR LOS LOTES QUE NO CUMPLAN CON LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS (DCI, CANTIDAD, CALIDAD, VIDA ÚTIL, INTEGRIDAD DEL EMBALAJE ENTRE OTRAS), U ORDENAR EN OTROS CASOS ANÁLISIS COMPLETOS DE CONTROL DE CALIDAD EN LAS ENTIDADES QUE SE DETERMINEN.	
	12. REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS CUANDO LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS NO SEAN DE LA CALIDAD, REFERENCIA, PRESENTACIÓN, CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR LA SUBRED O CUANDO SE ENCUENTREN DEFECTUOSOS O PRESENTEN FALLAS. EL CAMBIO DEBE REALIZARSE DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OBSERVACIÓN DEL HECHO. EL OFERENTE GARANTIZA EL CAMBIO DE DISPOSITIVOS Y/O LOTE CUANDO ESTOS NO INGRESEN DENTRO DE LAS CURVAS DE CALIBRACIÓN Y DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO, DESPUÉS DE PASAR UN PERIODO DE PRUEBA O DE OBSERVACIÓN DE TRES (3) MESES, SIN QUE ESTO GENERE COSTO ADICIONAL.	
	13. ASUMIR DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL LA GARANTÍA Y EL REPLAZO A SUS EXPENSAS, SIN COSTO ALGUNO PARA LA SUBRED DE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS QUE RESULTEN DE MALA CALIDAD, O CON DEFECTOS DE FÁBRICA.	
	14. ASUMIR LOS COSTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE TRASLADO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS OBJETO DEL CONTRATO, HASTA EL LUGAR DE ENTREGA. LOS RIESGOS Y LAS EVENTUALIDADES QUE PUEDAN OCURRIR SERÁ RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA, QUIEN DEBERÁ ADOPTAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA ENTREGA OPORTUNA Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES.	
	15. ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS LEGALES CONTRACTUALES Y SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	
	16. SOMETER CADA UNO DE LOS PRODUCTOS CONTRATADOS AL ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD, CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE LA SUBRED, PREVIO EL CONCEPTO TÉCNICO. IGUALMENTE PODRÁN EN CUALQUIER MOMENTO INSPECCIONAR LA PLANTA, EL PROCESO DE PRODUCCIÓN, LOS LABORATORIOS QUE ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA REALIZAR EL ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS Y LOS DOCUMENTOS QUE SEAN NECESARIOS PARA ACLARAR CUALQUIER DUDA SOBRE LA CALIDAD DE UN LOTE DETERMINADO.	
	17. SUMINISTRAR PRODUCTOS DE PRIMERA CALIDAD Y COINCIDIR CON LAS ESPECIFICACIONES EXPRESADAS EN EL LISTADO DE PRODUCTOS. EN LA OFERTA SE DEBE ESPECIFICAR CLARAMENTE LA MARCA, LA UNIDAD DE MEDIDA, PRESENTACIÓN Y EL VALOR UNITARIO POR ARTÍCULO Y LA FECHA DE VENCIMIENTO.	
	18. COMUNICAR CON ANTELACIÓN SI SE MODIFICASE EL NÚMERO DE REFERENCIA O LAS CARACTERÍSTICAS DEL KIT POR CAUSAS TÉCNICAS, AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, INDICANDO LA ANTIGUA Y NUEVA DENOMINACIÓN, ASÍ COMO EN CASO DE CAMBIO DE PRESENTACIÓN DEL NÚMERO DEL KIT, EL PRECIO DEL NUEVO KIT DEBERÁ HOMOLOGARSE AL ADJUDICADO POR PRECIO/DETERMINACIÓN, CORRIENDO A CARGO DEL CONTRATISTA CUALQUIER TIPO DE COSTO ADICIONAL QUE REQUIRIERA DICHO CAMBIO.	
	19. GARANTIZAR QUE SU SERVICIO TÉCNICO ATENDERÁ LAS CONSULTAS O AVERÍAS, SOBRE EQUIPOS, DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS, EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 30 MINUTOS, DESDE EL MOMENTO QUE LA UNIDAD LO REQUIERA, RESOLVIÉNDOLAS PREFERIBLEMENTE, MEDIANTE ACCESO REMOTO VÍA INTERNET, POR TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, ETC., O SI FUERA NECESARIO, DESPLAZÁNDOSE AL CENTRO DONDE SE HA PRODUCIDO LA AVERÍA, EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 2 HORAS, SI EL SUPERVISOR DE CONTRATO CONSIDERAN QUE ES URGENTE, O DE 4 HORAS SI DICHOS RESPONSABLES NO LA CONSIDERAN COMO URGENTE, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA COMUNICACIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. SI LA AVERÍA NO SE RESUELVE COMPLETAMENTE EN 12 HORAS, SE PROCEDERÁ, EN CASO DE DETERMINARLO ASÍ AL CAMBIO DE EQUIPO Y/O ADOPTAR MEDIDAS QUE NO INTERRUMPAN LA ACTIVIDAD NORMAL DEL SERVICIO.	
	20. CONTAR CON COMO EQUIPOS DE REEMPLAZO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CASO DE FALLAS DE UN EQUIPO DE SOPORTE PARA EL USO DE UN DISPOSITIVO MÉDICO.	
	21. ENTRENAR Y ADIESTRAR AL PERSONAL TÉCNICO Y FACULTATIVO (MEDIANTE CURSOS FORMATIVOS DE ADECUADA DURACIÓN Y QUE CUBRAN TODO EL PERSONAL IMPLICADO EN EL DESARROLLO), ASÍ COMO DEL SUMINISTRO DE MATERIAL TÉCNICO NECESARIO. EN CASO DE INGRESO DE PERSONAL NUEVO, LAS CAPACITACIONES EN EQUIPOS SERÁN REALIZADAS POR PERSONAL DE LA CASA A QUE PERTENEZCAN LOS EQUIPOS DE APOYO TECNOLÓGICO ENTREGADOS POR EL OFERENTE.	

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 30/10/2018
FECHA DEL COMUNICADO	13 de Mayo de 2019	
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 092-2019	
Jose Noel Garcia Londoño Representante Legal QuiruMedicas LTDA Cra 49# 128 a -32 6488888 ventas@quirumedicas.com.co		
	22. ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN EN ESPAÑOL DE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS, ASÍ COMO DEL EQUIPO DE APOYO TECNOLÓGICO NECESARIOS DEL ANEXO TÉCNICO N° 11, SEGÚN LAS INDICACIONES CONTENIDAS EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE COMO: • MANUALES DE USUARIO EN FORMATO PAPEL Y ELECTRÓNICO EN IDIOMA ESPAÑOL. • REGISTRO INVIMA DE EQUIPOS • REGISTRO DE IMPORTACIÓN DE LOS EQUIPOS • GUÍA DE USO RÁPIDO • CAPACITACIÓN EN EL USO DE LOS EQUIPOS CUANDO SE REQUIERA • ENTREGAR HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS ENTREGADOS EN CALIDAD DE COMODATO COMO APOYO TECNOLÓGICO DE ALGÚN DISPOSITIVO MÉDICO QUIRÚRGICO QUE LO REQUIERA. • RECOMENDACIONES DE USO Y DESINFECCIÓN • REGISTRO INVIMA • CERTIFICACIÓN DE NO REQUIERE REGISTRO INVIMA • FICHAS DE SEGURIDAD DE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS Y EQUIPOS EN FORMATO ELECTRÓNICO. • FICHAS TÉCNICAS EN ESPAÑOL, DE TODOS LOS DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS DEL ANEXO TÉCNICO NO.02, ASÍ COMO DE LOS EQUIPOS DE APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDOS PARA EL USO DE LOS MISMOS. (PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO, PROCEDIMIENTO, CALIBRACIÓN, ETC., EN FORMATO ELECTRÓNICO). • PLANTILLAS DE PEDIDOS DE TODOS LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS ADJUDICADOS.	
	23. ESTOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS SOLO PARA LOS EQUIPOS Y PARÁMETROS ADJUDICADOS, NO SIENDO VÁLIDAS PRESENTACIONES GENÉRICAS QUE INCLUYAN EQUIPOS O PARÁMETROS NO ADJUDICADOS.	
	24. ACREDITAR QUE CUENTA CON DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA DE SERVICIO Y CON ASESORES CIENTÍFICOS NACIONALES, CON LA DISPONIBILIDAD SUFICIENTE PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON EL FIN DE ADELANTAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS A QUE HAYA LUGAR DE LOS EQUIPOS DE APOYO TECNOLÓGICO PARA LOS DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS, LOS CUALES SERÁN ACORDADOS PREVIAMENTE CON EL FIN DE NO INTERRUMPIR EL NORMAL DESEMPEÑO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. (EN LA PROPUESTA SE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICADO DE IDONEIDAD DEL PERSONAL).	
	25. LOS DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS DEBERÁN CONTAR CON TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR EL INVIMA. (DECRETO 4725 DE 2005 Y DEMÁS NORMAS REGULATORIAS PARA DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS).	
	26. EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A NO OFRECER, DAR DADIVAS, SOBORNOS O CUALQUIER FORMA DE HALAGO, RETRIBUCIONES O PREBENDA A DIRECTIVOS, FUNCIONARIOS, REPRESENTANTES, ASESORES, CONTRATISTAS O TERCEROS, DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE.	
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	Gloria Andrea Panesso Rodriguez Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria	
Cordialmente,  YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ GERENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Aprobó: Dr. Alvaro de Jesus Galvis Barrios Revisó: Dra. Hermetel Cala Celis Proyecto: Enrique Páez Falla		