

	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		
FECHA DEL COMUNICADO		6/09/2019							
TIPO No. DE PROCESO		INVITACIÓN A COTIZAR No. 123-2019 S.NTE							
Señor (a) VIVIANA ANDREA QUINTANA PEREA Representante Legal QUINBERLAB S.A. Dirección: CALLE 67 # 5-42 Teléfono: 3484310 E-Mail: mercadeo@quinberlab.com.co - servicioalcliente@quinberlab.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 contratación INVITACIÓN A COTIZAR No. 123-2019 S.NTE.									
TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN									
OBJETO DEL CONTRATO		CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS, DISPOSITIVOS, INSUMOS Y CONSUMIBLES NECESARIOS PARA PROCESAMIENTO DE PRUEBAS RAPIDAS (POCT) DENTRO DEL CONVENIO 0673 DE 2019.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	Item / Código	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor Total Unitario	Valor Total	
	1	PRUEBA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE PERFIL LIPÍDICO Y GLUCOSA	PRUEBA	A DEMANDA	\$15.800	\$ -	\$ 15.800	\$ 15.800	
	2	PRUEBA RÁPIDA CUANTITATIVA HEMOGLOBINA GLICOSILADA. RELACIÓN ALBÚMINA-CREATINURIA	PRUEBA	A DEMANDA	\$26.500	\$ -	\$ 26.500	\$ 26.500	
	3	PRUEBA RÁPIDA CUANTITATIVA PARA MARCADORES CARDIACOS CK-MB TROPONINA, MIOGLOBINA, BNP, Dímero D	PRUEBA	A DEMANDA	\$39.900	\$ -	\$ 39.900	\$ 39.900	
	4	PRUEBA RÁPIDA CUANTITATIVA DE PCR PROTEÍNA C REACTIVA	PRUEBA	A DEMANDA	\$12.000	\$ -	\$ 12.000	\$ 12.000	
	5	PRUEBA RÁPIDA VIH TERCERA GENERACIÓN	PRUEBA	A DEMANDA	\$3.200	\$ -	\$ 3.200	\$ 3.200	
	6	PRUEBA RÁPIDA VIH CUARTA GENERACIÓN	PRUEBA	A DEMANDA	\$3.400	\$ -	\$ 3.400	\$ 3.400	
	7	PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS	PRUEBA	A DEMANDA	\$4.900	\$ -	\$ 4.900	\$ 4.900	
	8	PRUEBA RÁPIDA HIV/ SÍFILIS DUO	PRUEBA	A DEMANDA	\$7.200	\$ -	\$ 7.200	\$ 7.200	
	9	PRUEBA RÁPIDA HBAGS	PRUEBA	A DEMANDA	\$1.900	\$ -	\$ 1.900	\$ 1.900	
	10	PRUEBA RÁPIDA CHLAMYDIA	PRUEBA	A DEMANDA	\$10.700	\$ -	\$ 10.700	\$ 10.700	
	11	PRUEBA RÁPIDA EMBARAZO	PRUEBA	A DEMANDA	\$700	\$ -	\$ 700	\$ 700	
	12	PRUEBA RÁPIDA SANGRE OCULTA	PRUEBA	A DEMANDA	\$2.800	\$ -	\$ 2.800	\$ 2.800	
	13	PRUEBA RÁPIDA HELICOBACTER PILORY	PRUEBA	A DEMANDA	\$3.900	\$ -	\$ 3.900	\$ 3.900	
	14	PRUEBA RÁPIDA ADENIOVIRUS/ROTAVIRUS	PRUEBA	A DEMANDA	\$15.800	\$ -	\$ 15.800	\$ 15.800	
	15	PRUEBA RÁPIDA HAV	PRUEBA	A DEMANDA	\$11.500	\$ -	\$ 11.500	\$ 11.500	
	16	PRUEBA RÁPIDA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	PRUEBA	A DEMANDA	\$71.500	\$ -	\$ 71.500	\$ 71.500	
	17	PRUEBA RÁPIDA HCV	PRUEBA	A DEMANDA	\$4.000	\$ -	\$ 4.000	\$ 4.000	
	18	PRUEBA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO	PRUEBA	A DEMANDA	\$16.600	\$ -	\$ 16.600	\$ 16.600	
19	PRUEBA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE LINFOCITOS CD4+	PRUEBA	A DEMANDA	\$31.300	\$ -	\$ 31.300	\$ 31.300		

20	PRUEBA RÁPIDA INFLUENZA	PRUEBA	A DEMANDA	\$17.400	\$ -	\$ 17.400	\$ 17.400
21	PRUEBA RÁPIDA VSR	PRUEBA	A DEMANDA	\$20.000	\$ -	\$ 20.000	\$ 20.000
22	PRUEBA RÁPIDA STREP A	PRUEBA	A DEMANDA	\$6.700	\$ -	\$ 6.700	\$ 6.700
23	PRUEBA RÁPIDA S. PNEUMONIAE	PRUEBA	A DEMANDA	\$3.000	\$ -	\$ 3.000	\$ 3.000
24	PRUEBA RÁPIDA MALARIA PF/PV	PRUEBA	A DEMANDA	\$4.800	\$ -	\$ 4.800	\$ 4.800
25	PRUEBA RÁPIDA DENGUE	PRUEBA	A DEMANDA	\$6.400	\$ -	\$ 6.400	\$ 6.400
26	PRUEBA RÁPIDA CHAGAS	PRUEBA	A DEMANDA	\$4.400	\$ -	\$ 4.400	\$ 4.400
27	PRUEBA RÁPIDA LEISHMANIA	PRUEBA	A DEMANDA	\$8.700	\$ -	\$ 8.700	\$ 8.700
28	PRUEBA RÁPIDA AG PROSTÁTICO ESPECÍFICO	PRUEBA	A DEMANDA	\$6.300	\$ -	\$ 6.300	\$ 6.300
29	PRUEBA FILMARRAY	PRUEBA	A DEMANDA	\$720.000	\$ -	\$ 720.000	\$ 720.000
30	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO	EVENTO	A DEMANDA	\$2.590.000	\$ -	\$ 2.590.000	\$ 2.590.000

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	(6) SEIS MESES
---------------------------------	----------------

VALOR DEL CONTRATO	\$ 110.000.000 CIENTO DIEZ MILLONES DE 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.
----------------------	--

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. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
ESPECÍFICAS:	1. EL CONTRATISTA CONTARÁ CON UN STOCK MÍNIMO DE PRUEBAS E INSUMOS DENTRO DEL LABORATORIO. 2. SE REALIZARAN ENTREGAS DE PRUEBAS COMPLETAS DE ACUERDO A LA CANTIDAD ESTABLECIDA, EN UN TÉRMINO NO SUPERIOR A LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS DE CADA MES Y DE ACUERDO AL CRONOGRAMA. 3. EL COSTO DE LA PRUEBA COMPLETA INCLUYE CONTROLES, CALIBRADORES, DILUYENTES Y DETERGENTES Y DEMÁS CONSUMIBLES QUE GARANTICEN LA CORRECTA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 4. LA PÉRDIDA DE REACTIVOS POR FALLAS TÉCNICAS INHERENTES AL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS O CALIDAD DE LOS PRODUCTOS SUMINISTRADOS SERÁN RECONOCIDOS POR EL PROVEEDOR. 5. EL CONTRATISTA GARANTIZA LA CALIDAD DE TODOS SUS PRODUCTOS Y DE NO SER ASÍ DEBERÁ ASUMIR EL COSTO DE LOS MISMOS.

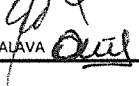
	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 30/10/2018

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	6. ADECUACIÓN DEL LABORATORIO Y PUNTOS SATÉLITES (TOMAS DE MUESTRA Y SERVICIOS) EN EQUIPOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 7. PROVEER LOS INSUMOS Y CONSUMIBLES NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO OPERATIVO EN LOS CAPS Y DEMAS SERVICIOS . 8. DEBERÁ CUMPLIR CON LAS POLÍTICAS DE TECNO VIGILANCIA Y REACTIVO VIGILANCIA INSTITUCIONALES, ASÍ COMO LO RELACIONADO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 9. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL CAMBIO DE LOS INSUMOS Y REACTIVOS QUE PRESENTEN CUALQUIER DEFECTO, MALA CALIDAD, O RUPTURA DE CADENA DE FRÍO DURANTE EL TRANSPORTE, SIN COSTO ALGUNO PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE. 10. DEBERÁ CUMPLIR CON TIEMPOS DE ENTREGA OPORTUNOS, PEDIDOS FORMALES DEL MES, EXTRAS, CONTINGENCIAS ETC. 11. EN CASO QUE EL PROVEEDOR POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA, NO TENGA EL INSUMO SOLICITADO, EL EXAMEN DEBE SER REALIZADO POR EL PROVEEDOR Y FACTURADA A LA SUBRED, POR PRECIO ESTABLECIDO DE LA PRUEBA. 12. LA FECHA DE VENCIMIENTO O CADUCIDAD DE LOS REACTIVOS, LA CUAL NO DEBE SER INFERIOR A 6 MESES. 13. LAS SIGUIENTES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE DEBERÁ SUMINISTRAR EL CONTRATISTA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS: INSUMOS: DEBERÁN CONTENER COMO MÍNIMO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: TÉCNICA DE LA PRUEBA, FORMA FARMACÉUTICA, CONCENTRACIÓN, LOTE, REGISTRO SANITARIO, FECHA DE VENCIMIENTO Y PRESENTACIÓN COMERCIAL. 14. LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS: DEBERÁN CONTENER COMO MÍNIMO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: NOMBRE GENÉRICO O MARCA DEL DISPOSITIVO, PRESENTACIÓN COMERCIAL, REGISTRO SANITARIO, VIDA ÚTIL SI APLICA, CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL RIESGO, EQUIPO BIOMÉDICO DE TECNOLOGÍA CONTROLADA. 15. DEL SISTEMA DE INFORMACION:EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR CONEXIÓN DE LOS EQUIPOS EN APOYO TECNOLÓGICO E INTERFASARLOS EN RED AL SOFTWARE DE LABORATORIO CLÍNICO, EN UN PLAZO NO MAYOR DE 30 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA INSTALACIÓN, CON LAS TÉCNICAS PROGRAMADAS Y TOTALMENTE OPERATIVAS CON LOS REACTIVOS OFERTADOS EN LA PROPUESTA, EVITANDO LA TRANSCRIPCIÓN MANUAL DE RESULTADOS. 16. PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS: SE DEBERÁN PROGRAMAR COMO MÍNIMO DOS (2) VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DURANTE EL TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TODAS LAS VISITAS CORRECTIVOS A QUE HAYA LUGAR. EL PROPONENTE DEBERÁ TENER DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA CON CAPACIDAD DE RESPUESTA 24 HORAS AL DÍA, LOS SIETE DÍAS DE LA SEMANA AL IGUAL ASESORÍA CIENTÍFICA PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS TÉCNICOS, CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y ENTRENAMIENTO DE EQUIPOS POR PARTE DE UN BACTERIÓLOGO CON LA DEBIDA EXPERIENCIA, Y SOPORTADO CON LA RESPECTIVA DOCUMENTACIÓN. SE DEBE PRESENTAR DENTRO DE LA PROPUESTA UN CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS, CON LOS NOMBRES COMPLETOS DE LOS INGENIEROS Y LA DISPONIBILIDAD DE CADA UNO PARA ATENDER LOS REQUERIMIENTOS POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO A EN SU DEFECTO PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL QUE LO REQUIERA. LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DEBERÁN SER CORTOS (MÁXIMA DOS HORAS) SIN IMPORTAR NI LA HORA NI EL DÍA, ESTE SERVICIO DEBERÁ SER 24 HORAS, SIETE DÍAS A LA SEMANA. LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS SERÁN ACORDADOS PREVIAMENTE CON EL FIN DE NO INTERRUMPIR EL NORMAL DESEMPEÑO DEL LABORATORIO Y LOS SERVICIOS. TODOS LOS EQUIPOS ENTREGADOS EN APOYO TECNOLÓGICO DEBERÁN ESTAR CONECTADOS A SUS CORRESPONDIENTES UPS SI LO REQUIERE (PROVISTAS POR EL PROVEEDOR). 17. CONTROL DE CALIDAD INTERNO: SERÁN INCLUIDOS DENTRO DEL PRECIO PRUEBA.
	SUPERVISIÓN DEL CONTRATO ROSSY Y. PEÑA GARCIA - DIRECTORA COMPLEMENTARIOS

Cordialmente,

YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ
GERENTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Aprobó: DRA. LIDIA HEMILET CALA CEJAS 

Revisó: LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA 

Proyectó: ANDRÉS MAURICIO MOJICA ALAVA 