	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	27/03/2019
----------------------	------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 029-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a) JOHN PETER SALAMANCA NUÑEZ Representante Legal DISPOMEDIC INTERNACIONAL SAS Dirección: Calle 103 No 14A-53 Of 405 Teléfono: 2575712-6185171 Correo: ventasbog1@dispomedic.net

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 029-2019 S.NTE**

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OI  DEL CONTRATO	SE REQUIERE CONTRATAR EXPANSORES TISULARES PARA CIRUGÍA PLÁSTICA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
--	--

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	ITEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR
	1	EXPANSORES MEDIA LUNA
	2	EXPANSORES RECTANGULAR
	3	EXPANSORES REDONDO

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	UN (1) MES
---------------------------------	------------

VALOR DEL CONTRATO	DOS MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL PESOS (\$2'715.000) 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. DE ACUERDO AL FLUJO DE CAJA
---	--

	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.

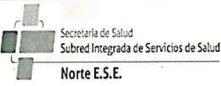
	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO	27/03/2019
----------------------	------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 029-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a) JOHN PETER SALAMANCA NUÑEZ Representante Legal DISPOMEDIC INTERNACIONAL SAS Dirección: Calle 103 No 14A-53 Of 405 Teléfono: 2575712-6185171 Correo: ventasbog1@dispomedic.net

	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) PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE AVANCE Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES, ACOMPAÑADOS DE LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES EN LO RELACIONADO CON LA FACTURACIÓN. 2) EL INGRESO DE TODO MATERIAL DEBE REALIZARSE EN SU EMPAQUE ORIGINAL, CONTRAMARCADO DE ACUERDO A LO OFERTADO Y SEGÚN LO SOLICITADO A TRAVÉS DEL ALMACÉN DE CADA UNIDAD DE LA ESE 3) LOS ELEMENTOS ENTREGAOS EN LA ESE DEBERÁN CORRESPONDER EN MARCA Y PRECIO CON LOS OFERTADO Y APROBADO EN EL CONTRATO. 4) EN CASO DE NECESITAR CAMBIO DE MATERIAL, EL CONTRATISTA DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ADJUNTANDO UNA MUESTRA Y GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL PRODUCTO. 5) EL CONTRATISTA DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO AL DESPACHO DE LOS MATERIALES, DEPENDIENDO DE LA SOLICITUD HECHA POR LOS DIFERENTES SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LA FECHA Y HORA DEL PROCEDIMIENTO, CON EL FIN QUE LOS MATERIALES ESTÉN EL DÍA ANTERIOR EN LA SUBRED.

	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	27/03/2019
----------------------	------------

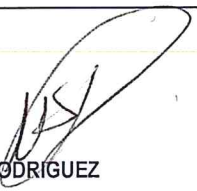
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 029-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a)
JOHN PETER SALAMANCA NUÑEZ
Representante Legal
DISPOMEDIC INTERNACIONAL SAS
Dirección: Calle 103 No 14A-53 Of 405
Teléfono: 2575712-6185171
Correo: ventasbog1@dispomedic.net

6) SI EL REGISTRO INVIMA SE ENCUENTRA PRÓXIMO A VENCER DEBERÁ ADJUNTAR EL RADICADO DE SOLICITUD DE REGISTRO INVIMA 7) GARANTIZAR QUE LOS INSUMOS O ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PACIENTE SEAN INGRESADOS POR EL ÁREA DE ALMACÉN DE LA SUBRED, O EL ESTABLECIDO POR EL ÁREA SOLICITANTE DELEGADA POR LA ENTIDAD. 8) CAMBIO POR VENCIMIENTO Y/O VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS. SE ESTABLECE QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS NO PODRÁ SER INFERIOR A DOS (2) AÑOS O EL 75% DE LA VIDA ÚTIL, DECLARADA EN EL REGISTRO SANITARIO, AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA DEL INSUMO EN LA INSTITUCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO INDICADAS PARA EL PRODUCTO POR EL FABRICANTE QUIEN DEBE ASEGURARLAS HASTA ENTREGAR LOS INSUMOS EN LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE, SI ES A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR, ESTE DEBE GARANTIZAR LAS MISMAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO. *EL PROVEEDOR SE COMPROMETERÁ A CAMBIAR LOS INSUMOS CUYA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA MENOR A SEIS (6) MESES, DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, AUN CUANDO LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA SUBRED CUMPLAN SU VIGENCIA Y/O VENCIMIENTO. *PARA LO ANTERIOR EL PROVEEDOR DEBERÁ ANEXAR CARTA DE COMPROMISO DE SUMINISTRAR LOS PRODUCTOS CON VIDA ÚTIL MAYOR AL 75% Y SI ES INFERIOR DEBE CAMBIAR EL 100% DE LOS PRODUCTOS QUE NO SE ALCANCEN A CONSUMIR ANTES DE SU FECHA DE VENCIMIENTO.	
---	--

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	SUBGERENCIA DE SERVICIOS
--------------------------	--------------------------

Cordialmente,


YIDNEY ISABEL GARCIA 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