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

FECHA DEL COMUNICADO	30/01/2019
----------------------	------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 005-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a) JORGE ALBERTO PACHECO CABRALES Representante Legal LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA Dirección: Avenida 32 No 14-46 - Carrera 15 No 32-70 Teléfono: 2454757 E-Mail: jpacheco@ligasida.org.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 005-2019 S.NTE**

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA (OBC) CON EXPERIENCIA EN CAPTACIÓN DE POBLACIÓN LGTBI ESPECIALMENTE HSH Y MUJERES TRANS PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH SEGÚN CONVENIO SUSCRITO CON FONADE NO 2171526 PARA LA ZONA NORTE (USAQUÉN, TEUSAQUILLO, CHAPINERO, BARRIOS UNIDOS, ENGATIVÁ Y SUBA.
---------------------	--

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	ITEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR
	1	ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	TRES (03) MESES
---------------------------------	-----------------

VALOR DEL CONTRATO	CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/cte (\$49.900.000)
--------------------	--

FORMA DE PAGO	Noventa (90) días siguientes contados a partir de la entrega de los dispositivos médico quirúrgicos hospitalarios y previa presentación de la correspondiente factura y certificación del supervisor del contrato la cual deberá acompañarse de la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales
---------------	--

	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.

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

FECHA DEL COMUNICADO	30/01/2019
----------------------	------------

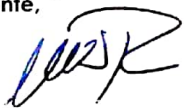
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR 005-2019 S.NTE
---------------------	-------------------------------------

Señor (a) JORGE ALBERTO PACHECO CABRALES Representante Legal LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA Dirección: Avenida 32 No 14-46 - Carrera 15 No 32-70 Teléfono: 2454757 E-Mail: jpacheco@ligasida.org.co

	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. GARANTIZAR EL ACCESO DE LAS POBLACIONES A LOS SERVICIOS DE EDUCACION, DIAGNOSTICO "PRUEBA RAPIDA", ASESORIA Y CANALIZACION DE LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE LAS POBLACIONES OBJETO. 2. UBICACION DE LOS EQUIPOS COMUNITARIOS CERCA DE LOS SITIOS DE HOMOSOCIALIZACIÓN, GARANTIZANDO QUE NO EXISTAN BARRERAS DE ORDEN SOCIAL, TECNICO O ECONOMICO. 3. REALIZACION DE FORMA INMEDIATA DE LA CONSEJERIA Y PRUEBA RÁPIDA PARA QUIEN LO REQUIERA SIN QUE MEDIE BARRERA ALGUNA. 4. EVITAR TODO TIPO DE ACTOS DISCRIMINATORIOS. 5. ADMINISTRAR Y SUMINISTRAR DE FORMA RESPONSABLE LOS INSUMOS DESTINADOS PARA LA PREVENCIÓN EN LA POBLACION OBJETO. 6. ENTREGAR DE FORMA PUNTUAL Y DE FORMA UNIFICADA LA PLANEACION DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMAS Y FICHAS TECNICAS), CON LOS RESPONSABLES DE CADA ACTIVIDAD Y LAS MODIFICACIONES DE ESTAS PLANEACIONES, CUANDO SE REQUIERAN SE DEBEN NOTIFICAR CON TIEMPO. 7. ENTREGAR DE FORMA PUNTUAL Y Y CON CALIDAD LOS INFORMES CUMPLIMIENTO DE METAS, SEMANAL DE INSUMOS, GENERACIÓN DE PAGO Y LOS DEMÁS QUE SE REQUIERAN POR PARTE DE LA INSTITUCION EN CABEZA DEL COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA. 8. ENTREGAR EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS SEGUN PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN, LOS INSTRUMENTOS DE CAPTURA DE INFORMACION PARA INGRESAR AL DIME. 9. ASISTIR PUNTUALMENTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR PARTE DE FONADE Y POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE 10. CUMPLIR CON LAS METAS ASIGNADAS PARA LA CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO PARA LA ENTREGA DE LOS KITS PREVENTIVOS Y TOMA DE PRUEBAS RAPIDAS 11. LOS PAGOS SERAN REALIZADOS UNA VEZ SE INFORME Y CERTIFIQUE POR PARTE DEL SUPERVISOR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	COORDINADORA CONVENIOS FONADE
--------------------------	-------------------------------

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