

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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

FECHA DEL COMUNICADO	30 DE ABRIL DE 2019
----------------------	---------------------

TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR No 056-2019
---------------------	----------------------------------

Señor (a)
JAIME GARZON QUINTERO
 Representante Legal
LUCHINNI LTDA
 Dirección: **CARRERA 30 No 44 - 14 SOACHA - CUNDINAMARCA**
 Teléfono: **7801995 - 3173790157 - 3158446709**
 Correo: **luchinnilt@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 INVITACIÓN A COTIZAR No 056-2019 S.NTE

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------	--

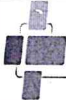
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	1	ESCARAPELAS PLASTICAS PARA CARNET VERTICAL CLEAR 9 ESCARAPELA VERTICAL PLASTICA DE 8CM DE ANCHO Y 13CM DE ALTO REFERENCIA 1029 FASOR
	2	CARNET DE IDENTIFICACIÓN EN OPALINA TAMAÑO CARTA IMPRESIÓN A LASER DE 9 X 7CMS APROX. A COLOR CARNET VERTICAL DE ACUERDO A IMAGEN INSTITUCIONAL ENTREGADA POR LA SDS EN OPALINA
	3	CINTA O REATA CON HERRAJE METALICO PARA CARNET DE IDENTIFICACIÓN EN TELA FALLA SIN MARCA COLOR AZUL OSCURO COLOR AZUL OSCURO IMPRESA CON LOGO DE LA SUBRED NORTE

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

VALOR DEL CONTRATO	SIETE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL TRECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$7.718.340)
--------------------	--

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:	
------------	--

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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	30 DE ABRIL DE 2019	
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR No 056-2019	
Señor (a) JAIME GARZON QUINTERO Representante Legal LUCHINNI LTDA Dirección: CARRERA 30 No 44 - 14 SOACHA - CUNDINAMARCA Teléfono: 7801995 - 3173790157 - 3158446709 Correo: luchinnilt@gmail.com		
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	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. 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. REALIZAR LAS ENTREGAS DE LOS CARNETS DE IDENTIFICACIÓN, ESCARAPELAS Y CINTAS EN LOS PLAZOS DEFINIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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	30 DE ABRIL DE 2019
----------------------	---------------------

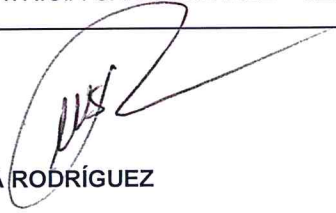
TIPO No. DE PROCESO	INVITACIÓN A COTIZAR No 056-2019
---------------------	----------------------------------

Señor (a)
JAIME GARZON QUINTERO
 Representante Legal
LUCHINNI LTDA
 Dirección: **CARRERA 30 No 44 - 14 SOACHA - CUNDINAMARCA**
 Teléfono: **7801995 - 3173790157 - 3158446709**
 Correo: **luchinnilt@gmail.com**

	2. DAR BUEN USO A LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LA ENTIDAD RESPECTO A INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS ESTUDIANTES Y LOGOTIPOS INSTITUCIONALES DE LA SUBRED.
	3. DAR GARANTIA DE LOS ELEMENTOS Y EFECTUAR EL CAMBIO DE LOS MISMOS CUANDO SE PRESENTE DETERIORO PREMATURO O NO CUMPLA CON LA CALIDAD DE ESTOS.

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	CLAUDIA PATRICIA GALÁN SUAREZ - JEFE DE OFICINA DE GESTIÓN CONOCIMIENTO
--------------------------	---

Cordialmente,


 YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ

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

Aprobó: DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS

Revisó: LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA

Proyectó: KAREN DANIELA BARACALDO VARGAS

