

|                                                                                  |                                                     |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | 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<br>FECHA : 30/10/2018 |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| FECHA DEL COMUNICADO | 6 DE MAYO DE 2019 |
|----------------------|-------------------|

|                     |                                       |
|---------------------|---------------------------------------|
| TIPO No. DE PROCESO | INVITACIÓN A COTIZAR 059 - 2019 S.NTE |
|---------------------|---------------------------------------|

Señor (a)  
**RAFAEL ANTONIO SALAMANCA**  
Representante Legal  
**DEPOSITO DE DROGAS BOYACA**  
Dirección: **TRANSVERSAL 93 No 51 - 98 PARQUE EMPRESARIAL PUERTA DEL SOL BODEGA 18**  
Teléfono: **7432597**  
Correo: **info@ddb.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 No 059-2019 S.NTE

#### TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO | SE REQUIERE CONTRATAR MALLA BIOLÓGICA EXTRACELULAR PORCINA PARA CIRUGÍA PEDIÁTRICA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                              |   |                                                       |
|--------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR | 1 | MALLA BIOLOGICA EXTRACELULAR PORCINA<br>MEDIDA: 10x10 |
|                                                              | 2 | MALLA BIOLOGICA EXTRACELULAR PORCINA<br>MEDIDA: 15x20 |

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

|                    |                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALOR DEL CONTRATO | DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRECIENTOS DOCE PESOS M/CTE (\$19.578.312) |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. |

|                                                                                                                                                                |                                                                                   |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA</b>                                      | CÓDIGO : AP-CT-F-08-04 |
|                                                                                                                                                                | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | VERSIÓN : 4            |
|                                                                                                                                                                |                                                                                   | PÁGINA : 1 DE 1        |
|                                                                                                                                                                |                                                                                   | FECHA : 30/10/2018     |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| FECHA DEL COMUNICADO | 6 DE MAYO DE 2019 |
|----------------------|-------------------|

|                     |                                       |
|---------------------|---------------------------------------|
| TIPO No. DE PROCESO | INVITACIÓN A COTIZAR 059 - 2019 S.NTE |
|---------------------|---------------------------------------|

Señor (a)

**RAFAEL ANTONIO SALAMANCA**

Representante Legal

**DEPOSITO DE DROGAS BOYACA**

Dirección: **TRANSVERSAL 93 No 51 - 98 PARQUE EMPRESARIAL PUERTA DEL SOL BODEGA 18**

Teléfono: **7432597**

Correo: **info@ddb.com.co**

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:**

|                                                                                  |                                                     |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | 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<br>FECHA : 30/10/2018 |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| FECHA DEL COMUNICADO | 6 DE MAYO DE 2019 |
|----------------------|-------------------|

|                     |                                       |
|---------------------|---------------------------------------|
| TIPO No. DE PROCESO | INVITACIÓN A COTIZAR 059 - 2019 S.NTE |
|---------------------|---------------------------------------|

Señor (a)  
**RAFAEL ANTONIO SALAMANCA**  
Representante Legal  
**DEPOSITO DE DROGAS BOYACA**  
Dirección: TRANSVERSAL 93 No 51 - 98 PARQUE EMPRESARIAL PUERTA DEL SOL BODEGA 18  
Teléfono: 7432597  
Correo: info@ddb.com.co

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | 1. PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE AVANCE Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, ACOMPAÑADOS DE LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES EN LO RELACIONADO CON LA FACTURACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                               |
|                              | 2. EL CONTRATISTA DEBERÁ DEJAR LOS SETS DE MATERIALES COMPLETOS Y CON FECHAS VIGENTES DE ESTERILIZACIÓN RELACIONADAS EN EL PEDIDO EN EL ÁREA DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE LA E.S.E                                                                                                                                                                                                                         |
|                              | 3. EL CONTRATISTA DEBERÁ SUMINISTRAR EL MATERIAL LIMPIO, EMBALADO Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y RELACIONADAS RESPECTIVAMENTE EN LA REMISIÓN. EL INGRESO DE TODO MATERIAL DEBE REALIZARSE EN SU EMPAQUE ORIGINAL, CONTRAMARCADO DE ACUERDO A LO OFERTADO Y SEGUN LO SOLICITADO A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE CADA UNIDAD DE LAS E.S.E                                             |
|                              | 4. LOS ELEMENTOS ENTREGADOS EN LA E.S.E, DEBERÁN CORRESPONDER EN MARCA Y PRECIO CON LO OFERTADOS Y APROBADOS EN EL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                              | 5. EN CASO DE NECESITAR CAMBIO DE MATERIAL, EL CONTRATISTA DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ADJUNTANDO UNA MUESTRA Y GARANTIZADO LA CALIDAD DEL PRODUCTO.                                                                                                                                                                                                                           |
|                              | 6. EN EL MOMENTO DE ENTREGA DE LOS MATERIALES SOLO PODRÁN SER RECIBIDOS POR LOS COLABORADORES DEL SERVICIO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y CON RECIBO A SATISFACCIÓN FIRMADO.                                                                                                                                                                                                                                     |
|                              | 7. COMUNICAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CON ANTELACIÓN LAS MODIFICACIONES AL NÚMERO DE REFERENCIA O CARACTERÍSTICAS DEL KIT POR CAUSAS TÉCNICAS INDICANDO LA ANTIGUA Y LA NUEVA DENOMINACIÓN, ASÍ COMO EN CASO DE CAMBIO DE PRESENTACIÓN DEL NUMERO DEL SISTEMA. EL PRECIO DEL NUEVO SISTEMA DEBERÁ HOMOLAGARSE AL ADJUDICADO CORRIENDO A CARGO DEL CONTRATISTA EL COSTO ADICIONAL QUE REQUIERE DICHO CAMBIO. |
|                              | 8. 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 Y PUEDAN SER OPORTUNAMENTE ESTERILIZADOS Y NO SE GENEREN RETRASOS EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.                                              |

|                                                                                  |                                                     |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | 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<br>FECHA : 30/10/2018 |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| FECHA DEL COMUNICADO | 6 DE MAYO DE 2019 |
|----------------------|-------------------|

|                     |                                       |
|---------------------|---------------------------------------|
| TIPO No. DE PROCESO | INVITACIÓN A COTIZAR 059 - 2019 S.NTE |
|---------------------|---------------------------------------|

Señor (a)

**RAFAEL ANTONIO SALAMANCA**

Representante Legal

**DEPOSITO DE DROGAS BOYACA**

Dirección: **TRANSVERSAL 93 No 51 - 98 PARQUE EMPRESARIAL PUERTA DEL SOL BODEGA 18**

Teléfono: **7432597**

Correo: **info@ddb.com.co**

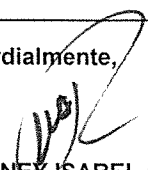
9. EL PROVEEDOR DISPONDRÁ DE PERSONAL QUE SE ENCARGARÁ DEL SOPORTE TÉCNICO PARA BRINDAR DE MANERA OPORTUNA, AYUDA EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, ADEMÁS DE FACILITAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL BUEN DESARROLLO DE DICHOS PROCEDIMIENTOS.

10. EL PERSONAL QUE INGRESE A SALAS DE CIRUGÍA PARA SOPORTE TÉCNICO DE LOS ELEMENTOS O EQUIPOS, DEBERÁ CUMPLIR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, EN ESPECIAL, LOS PROTOCOLOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, ESTABLECIDO POR LA SUBRED. ADEMÁS, DEBEN CONOCER LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS DEL MATERIAL, RELACIONAR LOS GASTOS DE CIRUGÍA DE MANERA CLARA Y ESPECIFICA SEGÚN SUS REFERENCIAS Y CANTIDADES, COLABORADOR CON EL PROCESO DE LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DE INSTRUMENTALES TAN PRONTO SE REALICE LA CIRUGÍA. CAPACITAR TÉCNICAMENTE AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE INTERVENGA EN LA RECEPCIÓN, LIMPIEZA Y ENTREGA DE LOS MATERIALES. DICHA CAPACITACIÓN OBEDECERÁ A UN PROGRAMA AUTORIZADO POR LA SUBRED Y SUPERVISADO POR EL LIDER DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.

11. GARANTIZAR QUE LOS INSUMOS O ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PACIENTE SEAN INGRESADOS POR EL ÁREA DE ALMACÉN DE LA SUBRED, O EL ÁREA SOLICITANTE DELEGADA POR LA ENTIDAD.

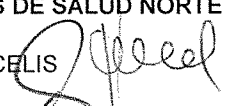
|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| SUPERVISIÓN DEL CONTRATO | JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO |
|--------------------------|----------------------------|

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 