

CONTRATACIÓN DIRECTA
EVENTO ESPECIAL No. 053 – 2017

Se informa a los interesados que se da apertura a proceso de contratación directa – Eventos Especiales para la contratación de:

SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS PARA LAS SALAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS NORTE E.S.E

Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 1154 del 10 de Mayo de 2017

Valor CDP: DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS **M/cte\$18,907,282** los cuales soporta esta invitación.

Tiempo inicial: TRES (3) MESES

Forma de Pago: Noventa (90) días, después de radicada la factura en el área de cuentas por pagar.

Plazo máximo para entrega de cotizaciones u ofertas: 23 de Mayo 2017

Hora: 3.00 pm

Las cotizaciones podrán presentarse en físico en la Sede Administrativa, ubicada en la calle 66 No 15-41 piso 3 Oficina de compras o a través del correo electrónico:

compras@subrednorte.gov.co, comprasrednorte3@gmail.com

Requerimientos Jurídicos: En caso de ser seleccionado, el oferente debe presentar para efectos de elaboración del contrato los siguientes requisitos:

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL
REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES
FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -
FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -
FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Cra. 6ª No. 119B-14

Código postal: 110111

Tel.: 6583030

www.hospitalusaquen.gov.co

Info: Línea 195

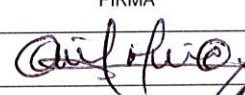
Requisitos Técnicos:

1) El proveedor seleccionado debe tener capacidad para realizar la entrega del pedido en el día indicado

Cordialmente,


YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ

Gerente

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	Andres Mauricio Mojica	Grupo Funcional Compras	
REVISADO POR:	 Dr. Álvaro Galvis	Director de contratación	
APROBADO POR:	Dra. Yidney Isabel García Rodríguez	Gerente	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Mayo 10 De 2017

CDP. No.

1154

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 1000013120100000000000010

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3120110

NOMBRE RUBRO.....: MATERIALES Y SUMINISTROS ✓

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 81,710,697.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 554,244,260.00

SALDO DE APROPIACION : 635,954,957.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:INSUMOS PARA LAS SALAS DE EXTRACCION DE LECHE MATE
RNA DE LAS UPSS DE LA SUBRED NORTE ✓

POR UN VALOR INICIAL DE : 18,907,282.00 ✓

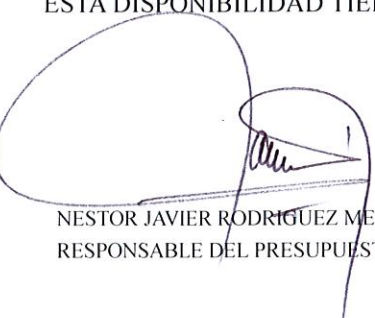
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 18,907,282.00 ✓

DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 81,710,697.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 535,336,978.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

**SOLICITUD DE COMPRA**HOSPITAL ENGATIVA - II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
GESTIÓN DE APOYO CORPORATIVO

CODIGO: GA-F-01

VERSION: 3

PAGINA: 1 DE 1

FECHA: 21/07/2015

Fecha de Solicitud d/m/a:

Abril 26/2017

Fecha de Recibido d/m/a:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:

ANGELA MARIA CABAL PEREZ

Servicio / Área:

NUTRICION

JUSTIFICACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO

SE REQUIERE LA ADQUISICION DE LOS INSUMOS A CONTINUACION DISCRIMINADOS PARA LAS AREAS DE SALA DE EXTRACCION DE LECHE MATERNA Y LACTARIO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBREDNORTE CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS DE HABILITACION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

REQUISITOS DE LA COMPRA O SERVICIO

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	**PC
1	VASOS PLASTICO CON TAPA DE 4 ONZAS	3900	Unidad	1300	PLASTICO DENSO		
2	VASOS PLASTICO CON TAPA DE 7 ONZAS	12300	Unidad	4100	PLASTICO DENSO		
3	VASOS PLASTICO CON TAPA DE 10 ONZAS	12600	Unidad	4200	PLASTICO DENSO		
4	FRASCO DE VIDRIO CON TAPA PLASTICA DE 1 ONZA	1200	Unidad	400			
5	FRASCO DE VIDRIO CON TAPA PLASTICA DE 4 ONZAS	1200	Unidad	400			
6	CHURRUSCOS GRANDES CERDA NEGRA	180	Unidad	60			
7	CHURRUSCOS PEQUEÑOS CERDA NEGRA	150	Unidad	50			
8	JARRA PLASTICA CON TAPA 2 LT	72	Unidad	24			
9	JARRA PLASTICA CON TAPA 1 LT	12	Unidad	4			
10	CONTENEDOR PLASTICO DE 8 LT CON TAPA HERMETICA	18	Unidad	6			
11	ROLLO DE VINILPEL INDUSTRIAL	12	Unidad	4			
12	BIBERON PLASTICO 4 ONZAS	900	Unidad	300	CON CAPUCHON, DISCO Y CHUPO DE SILICONA	RESISTENTE ALTAS TEMPERATURAS	
13	BIBERON PLASTICO 8 ONZAS	900	Unidad	300	CON CAPUCHON, DISCO Y CHUPO DE SILICONA	RESISTENTE ALTAS TEMPERATURAS	

¿Se anexa documento de detalle de descripción? Si: ☒ NO ☐**CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS**

Descripción de los aspectos técnicos y requisitos de documentación a solicitar durante el proceso de selección de proveedor / contratista

Responsable Técnico de la evaluación de propuestas:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Lista de actividades que deberá llevar a cabo durante la ejecución del contrato el proveedor / contratista seleccionado

Tiempo estimado de ejecución del servicio o insumo (Indicar para cuanto tiempo)

Fecha estimada de inicio del servicio o entrega del insumo d/m/a

Firmas

Firma del solicitante:

VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios:

Firma Gerente:

** Este campo es diligenciado por el área receptora: ¿La compra o servicio solicitada se encuentra incluida en el Plan de Compras de la entidad? Si: ☐ NO ☒

Observaciones:

2017
10/07

FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS

HOSPITAL ENGATIVÁ - II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
GESTION DE APOYO CORPORATIVO

CÒDIGO : GA-F-02
VERSIÓN : 1
PÁGINA : 1 DE 1
FECHA : 25/09/2014

[illegible]

ELABORADO POR

Nombre:	ANGELA MARIA CABAL PEREZ
---------	--------------------------

Cargo:	REFERENTE DE NUTRICION USS Engativa
--------	-------------------------------------

Fecha Elaboración d/m/a	ABRIL 26 DE 2017
-------------------------	------------------