

## CONTRATACIÓN DIRECTA

### EVENTO ESPECIAL No. 103 – 2017

Se informa a los interesados que se da apertura a proceso de selección mediante el mecanismo de contratación directa – Evento Especial: Contrato cuya cuantía no supera el 0.1% del presupuesto inicial de la entidad para la presente vigencia, con el fin de atender las necesidades de la entidad para la prestación de sus servicios:

**Objeto a contratar:** SUMINISTRO DE SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

**Descripción:** Se requiere contratar el siguiente listado de Nutriciones Parenterales

| Item | Nombre / Descripción                                                                           | Cantidad | Unidad de medida | Especificación Técnica                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | MEZCLA NEONATAL DE INICIO TEMPRANO (3g AA NEONATALES- PEDIATRICOS 10g DAD 50ml VOLUMEN 100 ml) | 20       | BOLSA PRELLENA   | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |
| 2    | MEZCLA NEONATAL (DAD 50 % CON/SIN AGUA) BOLSA 150 ML                                           | 121      | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 3    | NUTRICION PARENTERAL NEONATAL SIN LIPIDOS DE 1 A 500mL                                         | 20       | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 4    | NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE 1 A 500mL                                         | 450      | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 5    | NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA SIN LIPIDOS 1ML A 2500ML                                       | 50       | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 6    | NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS 1ML A 2500ML                                       | 110      | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 7    | NUTRICION PARENTERAL ADULTO SIN LIPIDOS 1ML A 3000ML                                           | 50       | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 8    | NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS 1ML A 3000ML                                           | 200      | BOLSA PRELLENA   |                                                                                       |
| 9    | DIPEPTIVEN 200mg/ml                                                                            | 5        | VIAL             | Se debera incorporar a la nutricion según requerimiento individual                    |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte E.S.E.

**NOTA: Los precios se deben ofertar por ítem y discriminando el valor del IVA si aplica. Adicionalmente se tendrá en cuenta la mejor oferta económica totalizada**

**Certificado de Disponibilidad Presupuestal:** Certificado No 1442 del 16 de Junio de 2017. Rubro: Medicamentos

**Valor Certificado de Disponibilidad Presupuestal:** Ciento Cuarenta y Tres Millones Cuatrocientos Cincuenta y Ocho Mil Trescientos Diez Pesos M/cte (\$143.458.310) presupuesto que soporta este evento especial.

**Tiempo inicial de Contrato:** Un (1) Mes

**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.

**Plazo máximo para entrega de cotizaciones u ofertas:** 14 de Agosto de 2017

**Hora de cierra:** 3.00 pm

**Entrega de ofertas:** Las cotizaciones podrán presentarse en físico en la Sede Administrativa, ubicada en la calle 66 No 15-41 piso 3 Dirección de contratación - compras o a través de los correos electrónicos: [compras@subrednorte.gov.co](mailto:compras@subrednorte.gov.co), [comprasrednorte@gmail.com](mailto:comprasrednorte@gmail.com)

**Aspectos a Evaluar – Técnicos (Habilitado – No habilitado)**

1. Se deberá garantizar que los producto con los cuales se preparen las nutriciones cuenten con Registro Sanitario Invima Vigente, en caso de vencimiento dentro de los siguientes 90 días deberá presentarse el trámite de la renovación del mismo.
2. El oferente deberá presentar certificado en Buenas Practicas de Elaboración (BPE) Vigente para la preparación de Nutriciones parenterales.
3. Si la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E lo considera necesario, realizara visita técnica a las instalaciones por profesionales farmacéuticos y/o nutricionistas de la entidad



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Sistema Integrado de Salud de Bogotá  
de Salud Norte E.S.E.

4. Cada oferente deberá allegar fichas técnicas y Registros Invima de los materiales de partida para la preparación de cada nutrición, incluyendo los dispositivos médicos empleados.
5. Para cada uno de los Ítems del 1 al 8 cada oferente deberá especificar mediante ficha técnica los productos en marca comercial (macro y micronutrientes) con los cuales se realiza la preparación, esto a fin de garantizar que la preparación magistral resultante cumple con los aportes nutricionales y calóricos requeridos.

**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 (Expedición No mayor a 90 días)                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 de la Empresa y el Representante Legal (No mayor a 30 días)                                                                                                                                                                                  |
| Certificado Antecedentes - Contraloría General de la República de la Empresa y el Representante legal (No mayor a 30 días)                                                                                                                                                                                               |
| Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Personería de Bogotá del Representante Legal (No mayor a 30 días)                                                                                                                                                                                                       |
| Certificado Antecedentes Judiciales - Policía Nacional del Representante Legal (No mayor a 30 días)                                                                                                                                                                                                                      |
| Certificación de cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social y parafiscales últimos seis (6) meses. Dicha certificación debe ser firmada por el Contador o Revisor Fiscal y se debe anexar copia de la cedula de ciudadanía y tarjeta profesional del Contador o Revisor Fiscal quien firme la certificación. |
| Certificación de no encontrarse incurso en régimen de inhabilidades e incompatibilidades                                                                                                                                                                                                                                 |
| Certificación bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## Garantías

**De seriedad de la oferta:** Para las ofertas cuya cuantía sea igual o superior a

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14  
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41  
Tel.: 6583030/ 3499080  
www.subrednorte.gov.co  
Info: Línea 195





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte E.S.E

150 SMLMV el oferente deberá constituir esta garantía, para precaver los perjuicios que se presenten en caso de que el seleccionado no se allane a la celebración del respectivo contrato. Su cuantía corresponderá a la que en cada caso se determine, la cual no podrá ser inferior al diez por ciento (10%) del monto de la propuesta y tendrá una duración igual a la del plazo máximo previsto para la aceptación o suscripción del contrato. No obstante lo anterior, cuando la entidad lo encuentre justificado y acorde a la naturaleza del contrato podrá exigir para cuantías inferiores, la póliza de seriedad de la oferta.

### **Obligaciones del Contratista - Generales**

1. Cumplir cabalmente con el objeto del contrato con la oportunidad, cubrimiento, eficacia y calidad requeridos.
2. Abstenerse de realizar cualquier cambio en las condiciones iniciales del contrato sin previo visto bueno del supervisor del mismo.
3. Mantener durante la vigencia del contrato las mismas condiciones ofrecidas en la oferta, en términos de calidad, precio, características especiales y disponibilidad.
4. Suscribir el contrato y cuando a ello hubiera lugar el acta de inicio de ejecución del mismo, así como los demás otrosí que se requieran para el debido desarrollo del objeto contractual.
5. Presentar ante el supervisor del contrato para la generación de la certificación de cumplimiento la factura 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. Velar por mantener el buen nombre de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, obrando de manera honesta y responsable.
8. Notificar a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de cualquier inconveniente que impida la debida



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte E.S.E.

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.

### **Obligaciones del Contratista – Específicas**

1. Garantizar el despacho de los medicamentos requeridos por la subred en el lugar, cantidad, calidad y oportunidad, según la programación o requerimientos generados por el supervisor del contrato.
2. Velar por la adecuada entrega de los medicamentos, en condiciones tales como que los empaques sean originales de fábrica, con las etiquetas o rótulos íntegros, perfectamente legibles, que no se haga en envases deteriorados, con defectos de fábrica y/o vencidos.
3. Garantizar que el tipo de material y calidad del empaque sean los adecuados para proteger el medicamento en las condiciones de temperatura y humedad, así como para su transporte, almacenamiento y uso del medicamento. estas condiciones serán requisito para su entrega y recepción a satisfacción.
4. Entregar los insumos especificando su vida útil
5. Garantizar que se realice la reposición de medicamentos que resultaren deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación dentro de las 24 horas posteriores a la notificación, de cuyo reporte le haga la subred.
6. Especificar las condiciones de disposición final para los productos ofertados
7. Mantener durante la vigencia del contrato las mismas condiciones de los productos ofrecidos en la oferta, en términos de calidad, precio, características especiales y disponibilidad.
8. Presentar ante el supervisor del contrato para su certificación, dentro de las fechas establecidas, la facturación derivada de los despachos



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD

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

efectuados, junto con la documentación soporte que corresponda

9. Desarrollar las actividades que sean necesarias en conjunto con la subred norte ese para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato y las condiciones de calidad requeridas.

10. Analizar los requerimientos de calidad remitidos por cada una de las unidades asistenciales y remitir dicho análisis al referente de programa institucional de farmacovigilancia

11. Las demás que se requirieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.

**YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ**

Gerente

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

| FUNCIONARIO /<br>CONTRATISTA                                                                                                                                              | NOMBRE                  | ÁREA                                   | FIRMA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|-------|
| PROYECTADO POR:                                                                                                                                                           | Luis Enrique Páez Falla | Profesional Especializado –<br>Compras |       |
| REVISADO POR:                                                                                                                                                             | Dr. Álvaro Galvis       | Director de contratación               |       |
| APROBADO POR:                                                                                                                                                             | Dr. Álvaro Galvis       | Director de contratación               |       |
| 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 |                         |                                        |       |

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14

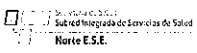
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41

Tel.: 6583030/ 3499080

[www.subrednorte.gov.co](http://www.subrednorte.gov.co)

Info: Línea 195

**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**

|                                                                                   |                                                                                  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>SOLICITUD DE COMPRA</b>                                                       | CODIGO : AP-CT-F-01-03 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSION : 3            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTION DE LA CONTRATACION | PAGINA : 1 DE 1        |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA : 08/06/2017     |

|                          |            |                         |  |
|--------------------------|------------|-------------------------|--|
| Fecha de Solicitud d/m/a | 01/08/2017 | Fecha de Recibido d/m/a |  |
|--------------------------|------------|-------------------------|--|

|                              |
|------------------------------|
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b> |
|------------------------------|

|                         |                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Solicitante: | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ                                                      |
| Servicio / Área:        | SUPERVISION CONTRATOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS - DIRECCION ADMINISTRATIVA |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO</b> |
|----------------------------------------------|

Dentro del proceso de recuperacion del estado de salud, como elemento primordial se encuentra el **soporte nutricional**, el cual contribuye buen funcionamiento del organismo, por tal razon su suministro cualquiera que sea su naturaleza debiera garantizarse de manera continua y oportuna, especialmente en aquellos pacientes en los cuales su tracto digestivo no es competente para realizar el proceso de ingesta, digestion y metabolizacion de los mismos, como es el caso de los pacientes internados en las Unidades de cuidado intensivo de diferentes complejidades (Neonatal, Pediátrico, Adulto, Quemados).

Asi, la nutrición parenteral consiste en administrar nutrientes al organismo por vía extradigestiva, en la calidad y cantidad necesaria para cada individuo. Su formulacion es el resultado de la valoracion de las condiciones nutricionales individuales, por tal razon es considerada una preparacion magistral cuyo objetivo es satisfacer la necesidad individual de un paciente determinado.

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b>REQUISITOS DE LA COMPRA O SERVICIO</b> |
|-------------------------------------------|

| Item | Nombre / Descripción                                                                           | Cantidad | Unidad de medida | Promedio consumo mensual | Especificación Técnica                                                                | Observación | **PC |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
| 1    | MEZCLA NEONATAL DE INICIO TEMPRANO (3g AA NEONATALES- PEDIATRICOS 10g DAD 50ml VOLUMEN 100 ml) | 20       | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 2    | MEZCLA NEONATAL (DAD 50 % CON/SIN AGUA) BOLSA 150 ML.                                          | 121      | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 3    | NUTRICION PARENTERAL NEONATAL SIN LIPIDOS DE 1 A 500mL                                         | 20       | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 4    | NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE 1 A 500mL                                         | 450      | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 5    | NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA SIN LIPIDOS 1ML A 2500ML                                       | 50       | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 6    | NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS 1ML A 2500ML                                       | 110      | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 7    | NUTRICION PARENTERAL ADULTO SIN LIPIDOS 1ML A 3000ML                                           | 50       | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 8    | NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS 1ML A 3000ML                                           | 200      | BOLSA PRELLENA   |                          | SOLUCION MAGISTRAL PREPARADA SEGÚN EVALUACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS |             |      |
| 9    | DIPEPTIVEN 200mg/ml                                                                            | 5        | VIAL             |                          | Se debiera incorporar a la nutricion según requerimiento individual                   |             |      |

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☐ NO ☒

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b> |
|------------------------------------------------|

Se debiera garantizar que los producto con los cuales se preparen las nutriciones cuenten con Registro Sanitario Invima Vigente, en caso de vencimiento dentro de los siguientes 90 dias debiera presentarse el tramite de renovacion del mismo.

El oferente debiera presentar certificado en Buenas Practicas de Elaboracion (BPE) Vigente para la preparacion de Nutriciones parenterales.

Si la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E lo considera necesario, realizara visita tecnica a las instalaciones por profesionales farmaceuticos y/o nutricionistas de la entidad

Cada oferente debiera allegar fichas tecnicas y Registros Invima de los materiales de partida para la preparacion de cada nutricion, incluyendo los dispositivos medicos empleados.

Para cada uno de los Items del 1 al 8 cada oferente debiera especificar mediante ficha tecnica los productos en marca comercial (macro y micronutrientes) con los cuales se realiza la preparacion, esto a fin de garantizar que a preparacion magistral resultante cumple con los aportes nutricionales y calóricos requeridos.

Responsable Técnico de la evaluación de propuestas:

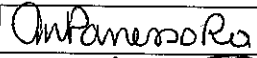
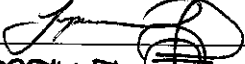
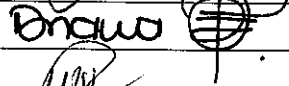
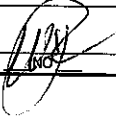
|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b> |
|-------------------------------------|

1520  
1-0817  
824

1. GARANTIZAR EL DESPACHO DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED EN EL LUGAR, CANTIDAD, CALIDAD Y OPORTUNIDAD, SEGÚN LA PROGRAMACIÓN O REQUERIMIENTOS GENERADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
2. VELAR POR LA ADECUADA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS, EN CONDICIONES TALES COMO QUE LOS EMPAQUES SEAN ORIGINALES DE FÁBRICA, CON LAS ETIQUETAS O RÓTULOS ÍNTEGROS, PERFECTAMENTE LEGIBLES, QUE NO SE HAGA EN ENVASES DETERIORADOS, CON DEFECTOS DE FÁBRICA Y/O VENCIDOS.
3. GARANTIZAR QUE EL TIPO DE MATERIAL Y CALIDAD DEL EMPAQUE SEAN LOS ADECUADOS PARA PROTEGER EL MEDICAMENTO EN LAS CONDICIONES DE TEMPERATURA Y HUMEDAD, ASÍ COMO PARA SU TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y USO DEL MEDICAMENTO. ESTAS CONDICIONES SERÁN REQUISITO PARA SU ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN.
4. ENTREGAR LOS INSUMOS ESPECIFICANDO SU VIDA ÚTIL.
5. GARANTIZAR QUE SE REALICE LA REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED.
6. ESPECIFICAR LAS CONDICIONES DE DISPOSICIÓN FINAL PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS.
7. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES DE LOS PRODUCTOS OFRECIDOS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
8. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA SU CERTIFICACIÓN, DENTRO DE LAS FECHAS ESTABLECIDAS, LA FACTURACIÓN DERIVADA DE LOS DESPACHOS EFECTUADOS, JUNTO CON LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE QUE CORRESPONDA.
10. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SEAN NECESARIAS EN CONJUNTO CON LA SUBRED NORTE ESE PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS CONDICIONES DE CALIDAD REQUERIDAS.
11. ANALIZAR LOS REQUERIMIENTOS DE CALIDAD REMITIDOS POR CADA UNA DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y REMITIR DICHO ANÁLISIS AL REFERENTE DE PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.
12. LAS DEMÁS QUE SE REQUIERIERAN DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.

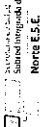
Tiempo estimado de ejecución del servicio o insumo (Indicar para cuanto tiempo)

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

|        |                                                                        |                                   |                                                                                     |
|--------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Firmas | Nombre y Firma del solicitante:                                        | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ   |  |
|        | Nombre y Firma del Director que revisa:                                | YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON |  |
|        | Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud: | DIANA ELIZABETH CARVAJAL          |  |
|        | Nombre y Firma Gerente:                                                | YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ    |  |

\*\* 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:

|                                                                                                                                                                     |                             |  |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------|
| <br>Ministerio de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS |  | CÓDIGO : AP-CIF-02-02 |
|                                                                                                                                                                     |                             |  | VERSIÓN : 2           |
|                                                                                                                                                                     |                             |  | PÁGINA : 1 DE 1       |
|                                                                                                                                                                     |                             |  | FECHA : 08/06/2017    |

|                                                    |  |
|----------------------------------------------------|--|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E |  |
| GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                         |  |

| CLASE DEL RIESGO GENERAL | TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)                                                                                                                      | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA             |            |           |           |                                        |            |           |           | IMPACTO                                |            |           |           | ESTIMACIÓN            | ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN) | QUIÉN ASUME EL RIESGO     |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|-----------|-----------|----------------------------------------|------------|-----------|-----------|----------------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|
|                          |                                                                                                                                                                                                          | Casilla de selección (Escala solo una) |            |           |           | Casilla de selección (Escala solo una) |            |           |           | Casilla de selección (Escala solo una) |            |           |           |                       |                                    |                           |
|                          |                                                                                                                                                                                                          | 4<br>ALTA                              | 3<br>MEDIA | 2<br>ALTA | 1<br>BAJA | 4<br>ALTA                              | 3<br>MEDIA | 2<br>ALTA | 1<br>BAJA | 4<br>ALTA                              | 3<br>MEDIA | 2<br>ALTA | 1<br>BAJA |                       |                                    |                           |
| Casilla de selección     | Casilla de diligenciamiento                                                                                                                                                                              |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           | Generación automática |                                    |                           |
| AMBIENTALES:             | No adopción de la normatividad de manejo de postconsumo de medicamentos                                                                                                                                  | 4                                      |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            | 2         |           | 6                     | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO         | Generación automática     |
| DE LA NATURALEZA:        | Ocurrencia de eventos definidos como catastróficos                                                                                                                                                       |                                        |            |           | 1         | 4                                      |            |           |           |                                        |            |           |           | 5                     | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO         | CONTRATANTE               |
| REGULATORIO:             | Cambio en tarifas por directrices de la Comisión Nacional de Precios y Ministerio de Protección Social, o tarifas por variaciones en TRM que afecten factores tales como importaciones y materias primas |                                        | 3          |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            | 2         |           | 5                     | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO         | CONTRATANTE               |
| OPERACIONAL:             | Cambio en la estructura organizacional de la entidad, cambio en la especificación técnica del producto recibido. Productos con fecha de vencimiento corta que pueda llegar a vencerse.                   |                                        | 3          |           |           |                                        |            |           |           | 3                                      |            |           |           | 6                     | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO         | CONTRATANTE               |
| FINANCIERO:              | Cambios en los valores de los productos contratados dado su momento de producción, falta de liquidez al momento de ejecutar la compra.                                                                   | 4                                      |            |           |           |                                        |            |           |           | 4                                      |            |           |           | 8                     | ALTO - MITIGARLO                   | CONTRATANTE Y CONTRATISTA |
| TECNOLÓGICO:             | No disponibilidad de producto por situaciones coyunturales que afecten la oportunidad en la atención                                                                                                     |                                        | 3          |           |           |                                        |            |           |           |                                        | 3          |           |           | 6                     | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO         | CONTRATANTE               |
|                          |                                                                                                                                                                                                          |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                       |                                    |                           |
|                          |                                                                                                                                                                                                          |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                       |                                    |                           |
|                          |                                                                                                                                                                                                          |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                       |                                    |                           |
|                          |                                                                                                                                                                                                          |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                       |                                    |                           |
|                          |                                                                                                                                                                                                          |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                       |                                    |                           |
|                          |                                                                                                                                                                                                          |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                                        |            |           |           |                       |                                    |                           |

|                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| ELABORADO POR           |                                 |
| Nombre:                 | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ |
| Cargo:                  | LIDER SERVICIO FARMACEUTICO     |
| Fecha Elaboración d/m/a | 01/08/2017                      |

*Infanesolo*