

**CONTRATACIÓN DIRECTA  
EVENTO ESPECIAL No. 085– 2017**

Se informa a los interesados que se da apertura al proceso de selección mediante el mecanismo 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, según lo señalado a continuación:

**Objeto a contratar:** SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN BAJA TEMPERATURA (OXIDO DE ETILENO, FORMALDEHIDO Y/O PEROXIDO DE HIDROGENO) PARA LA SUBRED NORTE E.S.E.

**Descripción de la compra:** Dado que la entidad no cuenta con la capacidad para responder a las necesidades totales de esterilización de material e instrumental termosensible, se hace indispensable la contratación del servicio complementario de esterilización de baja temperatura que permita garantizar la distribución de los elementos médico quirúrgicos e instrumental estéril para las Unidades de Prestación de Servicios de Salud Simón Bolívar, Suba y Engativá.

A. La Subred Norte E.S.E. requiere la prestación del servicio de esterilización con las siguientes características:

**Suministro insumos de empaque:** El servicio a ofertar deberá incluir el material papel grado médico, indicadores de esterilización químico y biológico.

**Empaque:** Se requiere empaque en papel grado médico Sencillo y Doble para el material esterilizado.

**Rótulos:** El material esterilizado y empaquetado deberá contar con un rótulo en el que se registre la información que permita conocer la trazabilidad del elemento. Los datos a diligenciar son: Nombre del producto, No. Registro INVIMA (información suministrada por la Subred), Lote del producto, fecha de esterilización, fecha de vencimiento.

**Unidad de medida y Capacidad:** Se requiere que en la propuesta sea especificada la cantidad y medidas de las canastas / bolsas que pueden ser esterilizadas por ciclo y la capacidad en litros de la autoclave que prestará el servicio.

**Transporte:** Disponibilidad de servicio de transporte especializado del instrumental médico quirúrgico. Se requiere la recolección y entrega de lunes a sábado para la sede Unidad Simón Bolívar y para Unidad Suba y Unidad Engativá se requiere transporte mínimo dos veces por semana para cada centro de atención. En la oferta el proponente deberá describir el valor del transporte (ida y vuelta) y los horarios de disponibilidad de recolección y entrega de los elementos.

B. Adicional a la oferta económica el proponente deberá allegar para su verificación por parte del Evaluador Técnico designado por la entidad, la siguiente documentación:

- Certificados de producción expedidos por el INVIMA
- Certificado de capacidad de almacenamiento



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

- Certificaciones de calidad (si el proponente las posee)
- Protocolo de esterilización y transporte

**Certificado de Disponibilidad Presupuestal:** Certificado No. 1621 del 04 de julio de 2017. Rubro Adquisición de Servicios de Salud.

**Valor del Certificado de Disponibilidad Presupuestal:** DIECIOCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$18.724.072,00), presupuesto que ampara el presente proceso de selección.

**Plazo inicial del contrato:** Dos (2) meses.

**Forma de Pago:** Noventa (90) días, después de radicada la factura en el área de cuentas por pagar previa certificación de cumplimiento emitida por el supervisor del contrato. Por disposición del Estatuto de Contratación que rige a la entidad, la Subred no podrá pactar bajo ninguna modalidad la entrega o pago de anticipos.

**Plazo máximo para entrega de cotizaciones u ofertas:** Lunes 24 de julio de 2017.

**Hora de cierre:** 4:00 p.m.

**Entrega de ofertas:** Las propuestas podrán presentarse en físico en la Sede Administrativa, ubicada en la Calle 66 No 15- 41 Piso 3 Oficina de Compras o a través de los correos electrónicos: [compras@subrednorte.gov.co](mailto:compras@subrednorte.gov.co) y [comprasrednorte2@gmail.com](mailto:comprasrednorte2@gmail.com), dentro del plazo establecido en el presente documento.

#### Requerimientos Jurídicos:

Una vez surtido el proceso de revisión de las ofertas recibidas dentro del plazo establecido y en caso de ser seleccionado, el oferente deberá presentar para efectos de elaboración del contrato los siguientes soportes Jurídicos:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Compromiso Anticorrupción (Modelo No. 1 entregado por la Subred)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Certificado de Existencia y Representación Legal / Matrícula Mercantil ( 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 del Representante Legal ( No mayor a 30 días)                                                                                                                                                                                                                    |
| Certificado Antecedentes - Contraloría General de la República de la empresa y del Representante Legal ( No mayor a 30 días)                                                                                                                                                                                                                                 |
| Certificado Antecedentes – 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 o documento equivalente, de los aportes efectuados en los últimos seis (6) meses. Si se presenta Certificación de Aportes Parafiscales, adjuntar copia documento de identidad y copia de tarjeta profesional del Contador o Revisor Fiscal que firma dicho documento. |

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**

GD-F-07-01



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certificación de No encontrarse incurso en Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Modelo No. 2 entregado por la Subred)

Certificación Bancaria

**Garantía/ Póliza:** Por la cuantía del proceso de selección, No requiere constitución de garantía de seriedad de la oferta.

**Obligaciones generales del contratista:**

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 E.S.E. 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 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 específicas del contratista:**

1. Efectuar la recolección, transporte, esterilización y entrega de los elementos según los requerimientos que por escrito sean emitidos por el supervisor del contrato.
2. Realizar la entrega adecuada de los elementos esterilizados en cumplimiento a los requisitos establecidos. Ésta condicionará la recepción a satisfacción de los mismos por parte de la Central de Esterilización de la entidad.
3. Prestar el servicio de esterilización en las condiciones técnicas y horarios definidos en la oferta.
4. Garantizar que el tipo de material y calidad del empaque sean los adecuados para proteger los elementos esterilizados de las condiciones extremas de temperatura, humedad, transporte, almacenamiento y uso.
5. Ejecutar plan de contingencia cuando haya inconvenientes por fuerza mayor, para evitar incumplir con el desarrollo normal del contrato.
6. Atender de manera oportuna los correctivos establecidos por el supervisor del contrato.
7. Velar por el completo cumplimiento del Protocolo de esterilización y transporte, y Buenas prácticas de

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

BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

GD-F-07-01



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

esterilización de acuerdo a la normatividad vigente.

8. Entregar certificado de esterilización, el cual incluya los diferentes indicadores de monitoreo (Biológicos, Químicos y Físicos) según corresponda.
9. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.

Sin otro particular.

Atentamente,

**YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ**  
Gerente

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

|                                                                                                                                                                        | NOMBRE                         | ÁREA                           | FIRMA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------|
| Elaborado por                                                                                                                                                          | Lady Carolina Mora Poveda      | Apoyo Profesional Área Compras |       |
| Proyectado por:                                                                                                                                                        | Lady Carolina Mora Poveda      | Apoyo Profesional Área Compras |       |
| Revisado por:                                                                                                                                                          | Luis Enrique Pérez Falla       | Profesional Especializado      |       |
| Aprobado por:                                                                                                                                                          | Álvaro de Jesús Galvis Barrios | Director de Contratación       |       |
| Declaro 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**

GD-F-07-01

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Julio 4 De 2017

CDP. No.

1621

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.....: 1000013210300000000000004

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210304

NOMBRE RUBRO.....: ADQUISICION DE SERVICIOS DE SALUD✓

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 483,013,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 273,685,583.00

SALDO DE APROPIACION : 756,698,583.00

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:

SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN PARA LAS UNIDADES QUE C  
OMPONEN LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 18,724,072.00 ✓

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

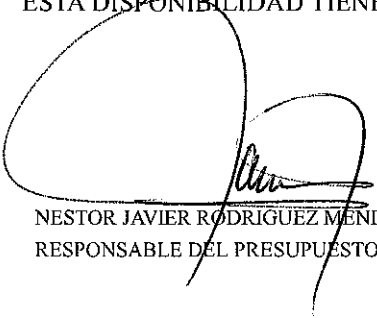
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 18,724,072.00

DIECIOCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL SETENTA 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: 483,013,000.00  
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 254,961,511.00

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



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ  
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

|                                                                                                                                              |                                                    |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|
|  INSTITUTO VENEZOLANO DE SERVICIOS DE SALUD<br>Norte E.S.E. | <b>SOLICITUD DE COMPRA</b>                         | CODIGO : RF-F-01-02 |
|                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | VERSION : 2         |
|                                                                                                                                              | RECURSOS FISICOS                                   | PAGINA : 1 DE 1     |
|                                                                                                                                              |                                                    | FECHA : 02/05/2017  |

Fecha de Solicitud d/m/a 2017/05/10

Fecha de Recibido d/m/a

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre del Solicitante: GIOVANNA QUITIAN CAMACHO  
 Servicio / Área: CENTRAL DE ESTERILIZACION

**JUSTIFICACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO**

Considerando que en la actualidad, no contamos con equipos con capacidad para responder a las necesidades de esterilización de material e instrumental termosensible de las diferentes unidades de la subred norte y en concordancia con nuestra misión de ofrecer servicios integrales de salud con calidad, se hace imprescindible la contratación del servicio de esterilización de baja temperatura, garantizando así la distribución de los elementos medico quirúrgicos e instrumental estéril, requerido para el cuidado y tratamiento de nuestros usuarios con oportunidad y seguridad.

**REQUISITOS DE LA COMPRA O SERVICIO**

| Item | Nombre / Descripción                                                                                   | Cantidad               | Unidad de medida | Promedio consumo mensual | Especificación Técnica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Observación                                                                                                         | **PC |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|      | SERVICIO DE ESTERILIZACION BAJA TEMPERATURA OXIDO DE ETILENO , FORMALDEHIDO Y/O PEROXIDO DE HIDROGENO. | A demanda del servicio | METRO CUBICO     | 7 METROS CUBICOS         | Disponibilidad de servicio de transporte especializado del instrumental médico quirúrgico. ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ESPECIFICAR CUANTAS CANASTAS/BOLSAS (MEDIDAS) MANEJAN POR METRO CUBICO PARA IDENTIFICAR CAPACIDAD DE ESTERILIZACIÓN |      |
|      |                                                                                                        |                        |                  |                          | Adjuntar protocolo de esterilización y transporte que cumpla con la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |      |
|      |                                                                                                        |                        |                  |                          | ✓ Suministrar material de empaque e indicadores de esterilización químico y biológico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |      |
|      |                                                                                                        |                        |                  |                          | ✓ Realizar empaquetamiento doble para material médico quirúrgico del área de cirugía.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                     |      |
|      |                                                                                                        |                        |                  |                          | Entregar certificado de esterilización, el cual incluya los diferentes indicadores de monitoreo (Biológicos, Químicos y físicos) según corresponda.                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     |      |
|      |                                                                                                        |                        |                  |                          | Cumplir con las buenas prácticas de esterilización de acuerdo a la normatividad vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |      |
|      |                                                                                                        |                        |                  |                          | ✓ Disponibilidad de rótulo de trazabilidad adjunto en el empaque del material objeto de esterilización, con registro de la siguiente información : Nombre del producto a esterilizar, registro INVIMA del producto a esterilizar, lote del producto a esterilizar, fecha de esterilización, fecha de vencimiento, el registro estará sujeto a la información que la institución contratante suministre) |                                                                                                                     |      |

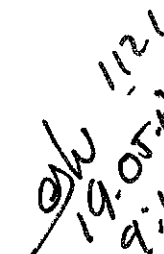
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI \_\_\_\_ NO x\_\_\_\_

**CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS**

\*Especificar la unidad de medida en litros (capacidad de la canasta/bolsa ) \*Describir la capacidad del autoclave en litros (80 lt-57lt). \*Adjuntar certificados de producción Expedidos por el INVIMA. \*Adjuntar Certificado de capacidad de almacenamiento. \* Suministrar el valor del metro cúbico. Suministrar el número de canastas /bolsas por metro cúbico. \*Valor del transporte. \* Horario de disponibilidad de transporte. \*Certificaciones de Calidad.

Responsable Técnico de la evaluación de propuestas: Referente Central de Esterilización e Ingeniero Biomédico

**OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

  
 19-05-17  
 9:10

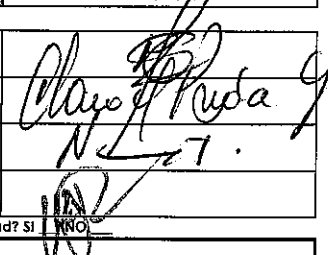
✓ 1. EL CONTRATISTA deberá cumplir con el objeto del presente contrato  
 contrato 2. Abstenerse de realizar cualquier  
 cambio en las condiciones del contrato sin previo visto bueno del supervisor del contrato manteniendo las  
 características de los requerimientos. 3. Atender de manera oportuna los correctivos establecidos  
 por el supervisor en los términos dados. 4. Velar por mantener el buen nombre de la institución SUBRED  
 NORTE E.S.E. obrando de manera honesta y responsable. 5. Notificar a la SUBRED NORTE E.S.E. 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. 6. velar por la adecuada entrega de los elementos cumpliendo con los requisitos establecidos para el reprocesamiento descritos en la normatividad vigente.

✓ 7. garantizar que el tipo  
 de material y calidad del empaque sean los adecuados para proteger el suministro en las condiciones extremas  
 de temperatura y humedad, así como para su transporte, almacenamiento y uso. Estas condiciones serán  
 requisito para su entrega y recepción a satisfacción. 8. Presentar el certificado de esterilización en cada uno de los servicios que se presten a la Institución 9. mantener durante la vigencia  
 del contrato las mismas  
 condiciones de los productos ofrecidos en la oferta, en términos precio, características especiales

10. presentar

ante el supervisor del contrato para su certificación, dentro de las fechas  
 establecidas, la facturación derivada de los servicios prestados, junto con la documentación soporte que  
 corresponda. 11. 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. 12. Radicar la factura  
 en original y dos copias, junto con la certificación de parafiscales y de cumplimiento expedida por el supervisor  
 del contrato, adicionalmente se deberá indicar el número del contrato al cual se imputa la cuenta. 13. Es  
 responsabilidad del contratista, solicitar la certificación de cumplimiento al supervisor y radicar las  
 correspondientes facturas (en original), junto con los mencionados soportes, en la oficina de Central de cuentas  
 por pagar de la SUBRED NORTE ESE. 14. Desarrollar las actividades que sean necesarias en conjunto con la  
 SUBRED NORTE E.S.E para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato y las condiciones de calidad que  
 requiere el servicio. 16. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato

|                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Tiempo estimado de ejecución del servicio o insumo (Indicar para cuanto tiempo) | 8 MESES    |
| Fecha estimada de inicio del servicio o entrega del insumo d/m/a                | 2017/06/16 |

|        |                                                                        |                                |                                                                                     |
|--------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Firmas | Nombre y Firma del solicitante:                                        | M. GIOVANNA QUITAN CAMACHO     |  |
|        | Nombre y Firma del Director que revisa:                                | CLARA PRADA GIL                |                                                                                     |
|        | Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud: | NANCY STELLA TABARES RAMIREZ   |                                                                                     |
|        | 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:

|                                                                                                                                                           |                                    |  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------|
|  <p>Ministerio de Salud<br/>República del Ecuador<br/>Norte E.S.E.</p> | <b>FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS</b> |  | CÓDIGO : RF-F-02-01 |
|                                                                                                                                                           |                                    |  | VERSIÓN : 1         |
|                                                                                                                                                           |                                    |  | PÁGINA : 1 DE 1     |
|                                                                                                                                                           |                                    |  | FECHA : 08/11/2016  |

| CLASE DEL RIESGO GENERAL | TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR<br>LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)                                             | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA                |       |                                           |       |                                           |       | IMPACTO                                   |       |                                           |       |                                           |       | ESTIMACIÓN            | ASIGNACIÓN DEL RIESGO<br>(DEFINICIÓN) | QUIÉN ASUME EL RIESGO |      |       |      |      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------|-------|------|------|
|                          |                                                                                                                                    | 4                                         |       | 3                                         |       | 2                                         |       | 1                                         |       | 4                                         |       | 3                                         |       |                       |                                       |                       | 2    |       | 1    |      |
|                          |                                                                                                                                    | ALTA                                      | MEDIA | ALTA                                      | MEDIA | ALTA                                      | MEDIA | ALTA                                      | MEDIA | ALTA                                      | MEDIA | ALTA                                      | MEDIA |                       |                                       |                       | ALTA | MEDIA | BAJA | BAJA |
| Casilla de selección     | Casilla de diligenciamiento                                                                                                        | Casilla de selección<br>(Escoja solo una) |       | Casilla de selección<br>(Escoja solo una) |       | Casilla de selección<br>(Escoja solo una) |       | Casilla de selección<br>(Escoja solo una) |       | Casilla de selección<br>(Escoja solo una) |       | Casilla de selección<br>(Escoja solo una) |       | Generación automática | Generación automática                 | Generación automática |      |       |      |      |
| ECONÓMICOS:              | Corresponde al incremento no previsto de la demanda,<br>incurriendo en variación del monto del contrato al inicialmente<br>pactado |                                           |       | 3                                         |       |                                           |       |                                           |       |                                           | 3     |                                           |       | 6                     | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO            | CONTRATANTE           |      |       |      |      |
| OPERACIONAL:             | PLAZOS NO ACORDES CON LAS NECESIDADES DEL CONTRATO                                                                                 |                                           |       |                                           | 2     |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 2                                         |       | 4                     | MEDIO BAJA - CONTROLARIO              | CONTRATANTE           |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |
|                          |                                                                                                                                    |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       |                                           |       | 0                     |                                       |                       |      |       |      |      |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| <b>ELABORADO POR</b> |                                |
| Nombre:              | M. GIOVANNA QUITIAN CAMACHO    |
| Cargo:               | REF. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN |
| Fecha Elaboración:   | 2017/05/10                     |