



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

CONTRATACIÓN DIRECTA EVENTO ESPECIAL No. 100 – 2017

Se informa a los interesados que se da apertura al proceso de contratación directa – Evento Especial para la contratación de:

ALMUERZOS PARA EL EVENTO DE RECONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES BENEFICIARIOS, DOCENTES Y DIRECTIVOS DE LAS INSTITUCIONES ADUCATIVASALIADAS AL CONVENIO 1901 DE 2016.

Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 1806 de Julio 31 de 2017.

Valor CDP: **SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/cte. \$6.700.000** los cuales soportan esta invitación.

Tiempo inicial: (8) Ocho días.

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

Plazo máximo para entrega de cotizaciones u ofertas: 03 de Agosto de 2017.

Hora: 2:00 pm.

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 del correo electrónico:

compras@subrednorte.gov.co con copia a comprasrednorte1@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
FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -
FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -

Cra. 6ª No. 119B-14
Código postal: 110111
Tel.: 6583030
www.hospitalusaquen.gov.co
Info: Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD

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

FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN (Empresa y Representante Legal)
CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (Empresa y Representante Legal)
CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL
CERTIFICADO ANTECEDENTES – PERSONERÍA
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (Donde manifieste el pago de los últimos (6) seis meses)
CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Obligaciones:

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 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.
9. Realizar puntualmente el servicio y servir el menú acordado.

Cra. 6ª No. 119B-14

Código postal: 110111

Tel.: 6583030

www.hospitalusaquen.gov.co

Info: Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Garantías: No requiere.

Cordialmente,

YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ
Gerente

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
PROYECTADO POR:	Andrés Mauricio Mojica Alava	Dirección de Contratación Compras	
REVISADO POR:	Dr. Álvaro De Jesús Galvis Barrios	Director de Contratación	
APROBADO POR:	Dr. Álvaro De Jesús Galvis Barrios	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			

Cra. 6ª No. 119B-14
Código postal: 110111
Tel.: 6583030
www.hospitalusaquen.gov.co
Info: Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Julio 31 De 2017

CDP. No. 1806

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 : 154,913,574.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 435,942,676.00

SALDO DE APROPIACION : 590,856,250.00

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:

ALMUERZOS EVENTOS RECONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTE
S BENEFICIARIOS DOCENTES Y DIRECTIVOS CONV 1901/16

POR UN VALOR INICIAL DE : 6,700,000.00 ✓

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

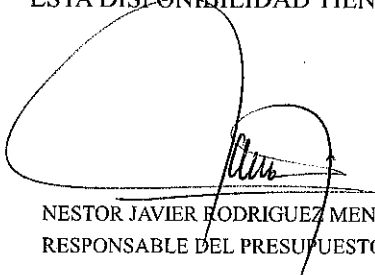
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 6,700,000.00

SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 154,913,574.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 429,242,676.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (150) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE COMPRA		CODIGO : RF-F-01-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E RECURSOS FISICOS		VERSION : 1
			PAGINA : 1 DE 1
			FECHA : 08/11/2016

Fecha de Solicitud d/m/a	2017/07/27	Fecha de Recibido d/m/a	
--------------------------	------------	-------------------------	--

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	TIZZIANA INÉS DELGADO DAZA
Servicio / Área:	Subgerencia de Servicios Misionales - Convenio 1901 de 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO
Almuerzos para el evento de reconocimientos de los estudiantes beneficiarios, docentes y directivos docentes de las instituciones educativas aliadas al Convenio 1901 de 2016 cuyo objeto es: "Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para implementar estrategias de Aprendizaje de Servicio en población escolarizada para el fortalecimiento de la cultura de la donación voluntaria y habitual de sangre en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.".

REQUISITOS DE LA COMPRA O SERVICIO

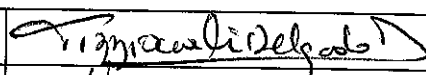
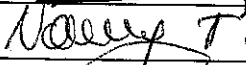
Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	**PC
	Almuerzos	250	unidad	250	Almuerzo tipo buffet	Se solicita menú para niños 120 y para adultos 130	
	Estación de café	1	unidad	1	Estación con disponibilidad de café, aromática, té, agua, azúcar, azúcar light y mezcladores	Para 250 personas.	

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

CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS
El proveedor seleccionado debe tener capacidad para realizar el servicio el día 4 de agosto de 2017 en el lugar indicado de 9am a 2pm. La oferta del proveedor seleccionado no debe superar los \$6.700.000.
Responsable Técnico de la evaluación de propuestas:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA
1. Debe realizar puntualmente el servicio. 2. Debe servir el menú acordado.

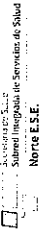
Tiempo estimado de ejecución del servicio o insumo (Indicar para cuanto tiempo)	1 día
Fecha estimada de inicio del servicio o entrega del insumo d/m/a	4 de agosto 2017

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:

1518
 310717
 4m

 GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LAREDO SECRETARÍA DE SALUD NUEVO LAREDO, TAMAULIPUS	FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : RF-F-02-01
			VERSIÓN : 1
			PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 08/11/2016

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
RECURSOS FÍSICOS

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 (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)								
		3		2		1		4		3		2		1				
		ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA					
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento															Generación automática	Generación automática	Generación automática
OPERACIONAL:	El proveedor no puede realizar el servicio en el punto acordado.							1			4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	
OPERACIONAL:	El proveedor no realiza el servicio para el total de personas acordadas.							1			4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	
OPERACIONAL:	Los invitados se intoxican al consumir los alimentos.							1			4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	
OPERACIONAL:	Se cancela la actividad pero no se cancela el servicio con el proveedor.							1			4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	
															0			
															0			
															0			
															0			
															0			
															0			

ELABORADO POR	
Nombre:	IZZIANA INÉS DELGADO DAZA
Cargo:	Directora Convenio 1901 de 2016
Fecha Elaboración d/m/a	2017/07/27