

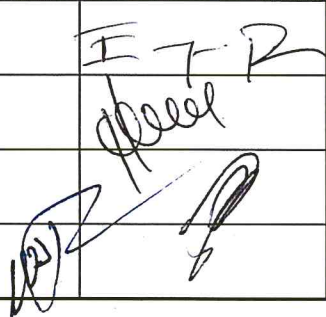
	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA					
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. <u>138 - 2019</u> CONTRATACIÓN DIRECTA CON: TECNICA ELECTROMEDICA S.A.						
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019 y 09-2019					
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	V/R PRECIO TECHO IVA INCLUIDO	Especificación Técnica	
1	CARRO DE PARO	Unidad	3	\$ 10.408.335	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
2	EQUIPO DE ORGANOS	Unidad	4	\$ 5.402.600	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
3	FONENDOSCOPIO PEDIATRICO	Unidad	4	\$ 971.040	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
4	FONENDOSCOPIO NEONATAL	Unidad	1	\$ 242.760	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
5	LARINGOSCOPIO ADULTO	Unidad	6	\$ 6.886.494	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
6	LARINGOSCOPIO PEDIATRICO	Unidad	2	\$ 2.295.498	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
7	MARCAPASOS	Unidad	1	\$ 16.986.613	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
8	PESA BEBE	Unidad	1	\$ 1.557.710	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. VER ANEXO TÉCNICO.	
9	ECOGRAFO	Unidad	2	\$ 278.460.000	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS. VER ANEXO TÉCNICO.	
10	ECOGRAFO PORTATIL	Unidad	1	\$ 139.230.000	DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS. VER ANEXO TÉCNICO.	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN				7/11/2019		
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS				Presentar propuesta física, dentro de los tres (3) días hábiles, siguientes a la publicación de la presente Invitación a cotizar. Lugar: USS Chapinero - Calle 66 # 15-41 Piso 1 - Correspondencia.		
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROponente						
JURÍDICOS: 1. ROTULACIÓN DE LOS SOBRES (MODELO ANEXO No 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) 5. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8. REGISTRO UNICO DE PROPONENTES - RUP (CON INFORMACIÓN FINANCIERA DEL AÑO 2018) 9. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% 10. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 13. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS						

	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. <u>138 - 2019</u> CONTRATACIÓN DIRECTA CON: TECNICA ELECTROMEDICA S.A.			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019 y 09-2019		
14. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 15. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDICAS CORRECTIVAS, DEL REPRESENTANTE LEGAL NO MAYOR A 30 DÍAS, EITIDO POR LA POLICIA NACIONAL 15. CERTIFICACIÓN BANCARIA POLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA: EN LAS OFERTAS CUYA CUANTÍA SEA IGUAL O SUPERIOR A 150 S.M.M.L.V., 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 Y CUATRO (4) MESES MÁS.			
FINANCIEROS: EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN FORMA LEGIBLE: 1 •BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2018, CON SUS RESPECTIVAS NOTAS. 2 •ESTADO DE RESULTADOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2018. 3 •FOTOCOPIA DE LA DECLARACIÓN DE RENTA DEL AÑO 2018. 4 •DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS POR REVISOR FISCAL, SI LO TUVIERE. 5 •CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES O PLANILLAS DE PAGO DE LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES. ANEXO No 3 6 •CERTIFICADO DEL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (RUP) EL CUAL DEBE ESTAR DEBIDAMENTE ACTUALIZADO Y EN FIRME. 7 •ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO 8 •FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DEL REVISOR FISCAL (NO SUPERIOR A 60 DÍAS) QUE SUSCRIBIÓ LOS ESTADOS FINANCIEROS SI A ELLO HUBIERE LUGAR. DEL CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL. SARLAFT 1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO. NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.			
TÉCNICOS: HABILITANTES CONDICIÓN DE FABRICANTE: IMPORTADOR O DISTRIBUIDOR: EL OFERENTE INDICARÁ CLARAMENTE EN LA OFERTA SI ES FABRICANTE, IMPORTADOR O DISTRIBUIDOR DEBIDAMENTE AUTORIZADO, RESPECTO DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS. 1. PARA IMPORTADORES: CARTA DE AUTORIZACIÓN O REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE PARA COMERCIALIZAR EN COLOMBIA LOS MENCIONADOS PRODUCTOS. PARA LAS CARTAS DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIONES EXPEDIDAS EN EL EXTRANJERO DEBEN SER EMITIDAS CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES (ARTÍCULO 480 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES), QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE CARÁCTER PROBATORIO EXIGIDOS EN COLOMBIA. PARA FABRICANTES: CARTA DONDE SE DECLARE SU CONDICIÓN DE FABRICANTE DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS. PARA DISTRIBUIDORES: CARTA DE AUTORIZACIÓN EMITIDA POR EL FABRICANTE DONDE AUTORICE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS. PARAGRAFO: CADA ÍTEM OFERTADO DEBERÁ TENER ADJUNTO LA CARTA DE DISTRIBUCIÓN. 2. GARANTÍA DEL EQUIPO POR UN PERIODO NO INFERIOR A DOS (2) AÑOS PARA EQUIPOS DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO MODERADO, ALTO Y MUY ALTO Y POR UN PERIODO NO INFERIOR A UN (1) AÑO PARA EQUIPOS DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO BAJO INCLUYENDO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO. ADICIONAL A ELLO, CARTA DE COSTOS DE MANTENIMIENTO ANUAL A PARTIR DE LA FINALIZACIÓN DE LA GARANTÍA. 3. CARTA COMPROMISO PARA MANTENIMIENTO CORRECTIVO (DENTRO DE UN TÉRMINO NO SUPERIOR A CINCO (5) HORAS) Y CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS QUE SE REQUIERAN, ENTREGA DE CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CARTA DE COMPROMISO DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN SEGÚN DECRETO 4725 DE 2005. 4. CARTA DE COMPROMISO DE ENTREGA DE LAS GUÍAS DE MANEJO RÁPIDO, PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. 5. CARTA DE COMPROMISO PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE FABRICA PARA LOS EQUIPOS DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO MODERADO Y ALTO. EL OFERENTE DEBE GARANTIZAR QUE ESTE PROGRAMA SERÁ REALIZADO DIRECTAMENTE POR EL FABRICANTE Y SE REALIZARÁ UNA VEZ POR AÑO DE GARANTÍA 6. SE DEBE ANEXAR COPIA NÍTIDA Y LEGIBLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE DE CADA PRODUCTO COTIZADO, INCLUYENDO LAS RESOLUCIONES ACLARATORIAS PERTINENTES; NO SE ACEPTARÁN OFERTAS DE PRODUCTOS QUE NO POSEAN AÚN EL REGISTRO SANITARIO, O POSEAN REGISTRO VENCIDO. LA OMISIÓN DE ESTE DOCUMENTO EXCLUYE DEL PROCESO EL ÍTEM COTIZADO. CADA ÍTEM DEBE CORRESPONDER A UN REGISTRO SANITARIO POR CADA PRODUCTO OFERTADO. 7. GARANTÍA DE STOCK DE REPUESTOS Y ACCESORIOS ORIGINALES: EL PROPONENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL FABRICANTE DONDE MANIFIESTA QUE GARANTIZA UN STOCK DE REPUESTOS PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS, NO MENOR A CINCO (5) AÑOS. 8. CERTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍA: EL PROPONENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN, DONDE MANIFIESTE QUE LOS EQUIPOS SON NUEVOS, QUE NO SE ENCUENTRAN EN EXPERIMENTACIÓN, QUE NO SON REPOTENCIADOS Y QUE NO PRESENTAN ALERTAS SANITARIAS.			

	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. <u>138 - 2019</u> CONTRATACIÓN DIRECTA CON: TECNICA ELECTROMEDICA S.A.			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019 y 09-2019		
CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS CCAA: EL PROponente DEBERÁ ANEXAR LA CERTIFICACIÓN CCAA VIGENTE, DONDE SE VERIFIQUE QUE EL DIRECTOR TÉCNICO RELACIONADO EN LA CCAA, SE ENCUENTRE VINCULADO EN LA ACTUALIDAD CON EL OFERENTE.			
9. NOTA: LAS RENOVACIONES DE LA CERTIFICACIÓN CCAA QUE SE ENCUENTREN EN TRÁMITE, SERÁN ACEPTADAS SIEMPRE Y CUANDO EL OFERENTE ANEXE LA RESPECTIVA SOLICITUD CON SU RADICADO Y QUE LA FECHA DEL RADICADO SEA ANTERIOR AL CIERRE DE PROPUESTAS.			
CON LA SOLA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA EL OFERENTE ACEPTA EL TRATAMIENTO DE DATOS SIN PERJUICIO DE LA INFORMACIÓN RESERVADA U SUS EXCEPCIONES.			
10 DILIGENCIAR Y CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS CONTEMPLADAS EN EL ANEXO TÉCNICO No 7			
ECONÓMICOS: EN LA PROPUESTA ECONÓMICA EL PROponente DEBERÁ DESCRIBIR EL VALOR DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS Y PARA ELLO DEBERÁ TENER EN CUENTA LOS COSTOS QUE SE GENEREN EN EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, TALES COMO: ACCESORIOS, INSTALACIÓN, MANTENIMIENTOS CONFORME LA GARANTÍA, IMPUESTOS, TASAS CONTRIBUCIONES ETC.			
•EL VALOR TOTAL DE LA OFERTA CORRESPONDERÁ AL VALOR UNITARIO CON IVA INCLUIDO, PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS SEGÚN EL ANEXO No. 6. •EL VALOR DE LA PROPUESTA DEBE INCLUIR LA TOTALIDAD DE LOS COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS QUE GENERE EL PRODUCTO A OFERTAR. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR SU OFERTA EN PESOS COLOMBIANOS, SIN ANOTAR CENTAVOS, APROXIMANDO POR EXCESO O POR DEFECTO AL ENTERO MÁS CERCANO Y DEBIDAMENTE TOTALIZADO. •AL PRESENTAR LA OFERTA, EL PROponente DEBERÁ TENER EN CUENTA TODOS LOS GASTOS, IMPUESTOS, TASAS, CONTRIBUCIONES O PARTICIPACIONES TANTO EN EL ÁMBITO NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL QUE SE CAUSEN EN RAZÓN DE LA SUSCRIPCIÓN, LEGALIZACIÓN, DESARROLLO, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO, LOS CUALES SERÁN DE CARGO DEL CONTRATISTA. •CUANDO EL PROponente OMITA DIFERENCIAR EL IVA DE UN EQUIPO, OBJETO DE ESTA CONVOCATORIA Y QUE ESTÉ GRAVADO, SE ENTIENDE QUE ESTÁ INCLUIDO DENTRO DEL VALOR PRESENTADO. •SERÁN DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PROponente LOS ERRORES U OMISIONES EN QUE INCURRA AL INDICAR LOS VALORES TOTALES EN LA PROPUESTA, DEBIENDO ASUMIR LOS MAYORES COSTOS Y/O PÉRDIDAS QUE SE DERIVEN DE DICHS ERRORES U OMISIONES. •EL VALOR DE LA OFERTA DEBE VENIR TOTALIZADO PARA EFECTOS DE TRANSPARENCIA EN EL PROCESO Y CON EL FIN DE FACILITAR EL CÁLCULO DEL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA PÓLIZA DE LA OFERTA. •LOS PRECIOS TECHO PARA EFECTOS DE ANÁLISIS Y CALIFICACIÓN SERÁN LOS PRESENTADOS POR LA E.S.E. EN EL PROCESO Y LA INFORMACIÓN REMITIDA. SI SE PRESENTA PARA UN ÍTEM UN PRECIO NO COMPETITIVO, (MUY ALTO) SE ANALIZARÁN LOS PRECIOS DEL MERCADO Y PODRÁ DECLARARSE DESIERTO.			
NOTA: EL OFERENTE DEBERÁ COTIZAR EL 100% DE LOS ÍTEMS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.		
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE. PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) INDICADORES FINANCIEROS A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \text{ACTIVO CORRIENTE} / \text{PASIVO CORRIENTE}$. B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \text{PASIVO TOTAL} / \text{ACTIVO TOTAL}$. C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.		
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.		
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.		
Económicos	SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, FINANCIERA, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE. Y QUE OFERTE EL 100% DE LOS ÍTEMS SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR UNITARIO TOTAL DEL ÍTEMS A CONTRATAR. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 30 DÍAS.?? LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN, NI EL PRECIO TECHO. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
Valor	CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MILLONES, CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CINCUENTA PESOS M/CTE (\$462.441.050)	No.	1510 1534

	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 138 - 2019				
CONTRATACIÓN DIRECTA CON: TECNICA ELECTROMEDICA S.A.				
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019 y 09-2019			
Rubro Presupuestal	ACTUALIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA		Fecha del CDP	31/07/2019
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO				
Forma de pago	LA SUBRED NORTE, CANCELARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DE LO ADQUIRIDO, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS BIENES DEBIDAMENTE INGRESADOS AL ALMACÉN, INSTALADOS Y RECIBIDOS A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CORRESPONDIENTE FACTURA Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO LA CUAL DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE LA ACREDITACIÓN DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – PENSIÓN – RIESGOS LABORALES		Plazo de ejecución	PARA LOS CONTRATOS SE TIENE PREVISTOS UN PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DE ACTA DE INICIO, PREVIO PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN.
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de Exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL 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 DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			
	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.			
	D) DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS: PARA PREVENIR EL INCUMPLIMIENTO EN LA PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LOS EQUIPOS O BIENES ADQUIRIDOS, SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL 5% DEL VALOR ESTIMADO DE LOS REPUESTOS O DEL VALOR DEL CONTRATO Y SU PLAZO SERÁ DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O UN (1) AÑO DESDE LA ENTREGA DEL REPUESTO O ACCESORIO			
	GENERALES:			
	1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. <u>138 - 2019</u> CONTRATACIÓN DIRECTA CON: TECNICA ELECTROMEDICA S.A.			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADDOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019		
Obligaciones del Contratista	ESPECÍFICAS 1.REALIZAR LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS EN LA FECHA, LUGAR, Y HORA REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2.CUMPLIR CON EL SUMINISTRO OPORTUNO Y COMPLETO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS, CON LA CALIDAD Y LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS. 3.REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS CUANDO LOS EQUIPOS QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD, REFERENCIA, PRESENTACIÓN Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO O CUANDO SE ENCUENTRE DEFECTUOSO, EL CAMBIO DEBE REALIZARSE DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA NOVEDAD. 4.ASUMIR DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL LA GARANTÍA Y EL REMPLAZO A SUS EXPENSAS, SIN COSTO ALGUNO PARA LA E.S.E. DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS QUE RESULTEN CON FALLAS DE CALIDAD O CON DEFECTOS DE FÁBRICA. 5.ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 6.GARANTIZAR LA ENTREGA DE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 7.GARANTIZAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y VIGILANCIA CONTRACTUAL QUE EJERZA LA E.S.E, A TRAVÉS DEL PERSONAL IDÓNEO QUE ESTE DESIGNE. 8.ASUMIR LOS GASTOS DE TRANSPORTE, EMBALAJE Y LOGÍSTICA REQUERIDOS PARA REALIZAR LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS EN EL LUGAR QUE SOLICITE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 9.REALIZAR LA ENTREGA EN EL EMBALAJE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE PRODUCTO Y RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE. 10.INFORMAR EL CAMBIO DE REGISTRO SANITARIO EN CASO DE VENCIMIENTO DEL MISMO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 11.INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN O IRREGULARIDAD QUE AFECTE EL NORMAL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 12.LA ADQUISICIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS A QUE SE REFIERE ESTE CONTRATO SERÁ REALIZADA POR EL CONTRATISTA, A TRAVÉS DE SU PERSONAL, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, FINANCIERA, CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA. QUEDA EXPRESAMENTE CONSIGNADO QUE EL PRESENTE CONTRATO NO GENERA VINCULO NI RELACIÓN LABORAL ALGUNA ENTRE LAS PARTES CONTRATANTES 13.CUMPLIR CON LA AFILIACIÓN Y PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES 100 DE 1993, 789 DE 2002, DECRETOS 2170 DE 2002 Y 1703 DE 2002, DEL PERSONAL QUE PRESTARÁ EL SERVICIO EN DESARROLLO DEL CONTRATO SUSCRITO EN LOS MONTO S SEÑALADOS POR LA LEY, ENTREGANDO COPIA DE LOS SOPORTES ADJUNTO CON LA FACTURA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 14.LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DEL OBJETO DEL CONTRATO O POR REQUERIMIENTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 15.ADELANTAR OPORTUNAMENTE LOS TRÁMITES Y CUMPLIR LOS REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO DENTRO DEL TÉRMINO SEÑALADO EN LOS PLIEGOS. 16.HACER ENTREGA DE LOS BIENES EN LOS LUGARES, FECHAS Y CANTIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROCESO. 17.DEBERÁ CUMPLIR EN FORMA EFICIENTE Y OPORTUNA CON LAS OBLIGACIONES QUE SE GENEREN POR LA NATURALEZA DEL CONTRATO, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA Y BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD EL OBJETO CONTRACTUAL. POR LO TANTO, NO EXISTE NI EXISTIRÁ NINGÚN TIPO DE SUBORDINACIÓN, NI VÍNCULO LABORAL ALGUNO DEL CONTRATISTA CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. 18.PRESENTAR INFORME FINAL AL SUPERVISOR EN EL QUE SE ESPECIFIQUEN LAS ENTREGAS REALIZADAS. 19.DEFENDER EN TODAS SUS ACTUACIONES LOS INTERESES DE LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CORRESPONDA Y OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE DURANTE LA EJECUCIÓN. 20.MANTENER ACTUALIZADO SU DOMICILIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS Y PRESENTARSE A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E EN EL MOMENTO EN QUE SEA REQUERIDO POR LA MISMA. 21.CUMPLIR CON TODO LO OFRECIDO EN SU PROPUESTA. 22. LA SUBRED PODRÁ DEDUCIR DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA QUE TENGA EN SU PODER, TODO COSTO, GASTO, PÉRDIDA QUE SE GENERE, CAUSE O EN QUE SE INCURRA EN EJECUCIÓN O EN DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO, PREVIA LA APLICACIÓN DEL DEBIDO PROCESO PARA EL CONTRATISTA. 23.LOS COSTOS DE TRANSPORTE DE LOS PRODUCTOS HASTA EL LUGAR DE ENTREGA CONVENIDO SERÁN ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA. 24.EL CONTRATISTA DEJA CONSTANCIA QUE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS SE ENCUENTREN LIBRES DE TODO VICIO O GRAVAMEN Y QUE SON NUEVOS Y NO RE- MANUFACTURADOS O REPOTENCIADOS. 25.EN CASO DE QUE EL CONTRATISTA REQUIERA REALIZAR INSPECCIÓN O CONTEO DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS, DEBERÁ AVISAR CON CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DE ANTELACIÓN A LA LLEGADA DE LOS ELEMENTOS A LOS LUGARES DE ENTREGA PACTADOS POR ESCRITO A LA SUBRED. 26.EVITAR DILACIONES PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 27.CONSTITUIR LAS GARANTÍAS EXIGIDAS Y PRESENTARLAS A LA SUBRED PARA SU APROBACIÓN EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN EL CONTRATO. 28.SI LOS ELEMENTOS A ENTREGAR SON IMPORTADOS Y SU EMBALAJE ES EN MADERA EN BRUTO (NO PROCESADA), EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EL CERTIFICADO DE TRATAMIENTO FITOSANITARIO CORRESPONDIENTE AL QUE HAYA SIDO SOMETIDO CONFORME A RESOLUCIÓN ICA NO 1079 DE JUNIO DEL 2004 EN COLOMBIA O NORMA INTERNACIONAL SOBRE MEDIDAS FITOSANITARIAS NIMF 15. 29.SI EL EMBALAJE DE LOS ELEMENTOS A ENTREGAR, SON "CAJAS DE CARTÓN", ÉSTAS DEBEN CONTENER UN SÍMBOLO QUE INDIQUE QUE ESTE PRODUCTO PUEDE SER RECICLADO (PUNTO VERDE, ANILLO O CÍRCULO DE MOBIUS, TYDIMAN, ETC.)		

	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. <u>138 - 2019</u>			
CONTRATACIÓN DIRECTA CON: TECNICA ELECTROMEDICA S.A.			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019		
	30.DAR CUMPLIMIENTO A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN EL PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL, LOS PLANES DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE CADA SEDE, PLANES DE GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS - PGIRSEPEL DE CADA SEDE Y PLANES DE ACCIÓN INTERNO PARA EL APROVECHAMIENTO DE LOS RESIDUOS DE CADA SEDE; Y TODOS LOS PROPONENTES DEBEN ANEXAR UNA CARTA DE CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2676/00 Y RESOLUCIÓN 1164/02 DEL MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE, SOBRE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, QUE PERMITA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS SOBRE LAS INSTALACIONES Y DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE LA ESE QUE LO REQUIERA. 31. ENTREGAR EL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN SEGÚN DECRETO 4725 DE 2005 AL MOMENTO DE ENTREGAR EL EQUIPO EN LA USS DESTINATARIA. 32. REALIZAR UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE FABRICA PARA LOS EQUIPOS DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO MODERADO Y ALTO. EL OFERENTE DEBE GARANTIZAR QUE ESTE PROGRAMA SERÁ REALIZADO DIRECTAMENTE POR EL FABRICANTE Y SE REALIZARÁ UNA VEZ POR AÑO DE GARANTÍA 33. GARANTIZAR UN STOCK DE REPUESTOS Y ACCESORIOS ORIGINALES: EL PROPONENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL FABRICANTE DONDE MANIFIESTA QUE GARANTIZA UN STOCK DE REPUESTOS PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS, NO MENOR A CINCO (5) AÑOS. 34. REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS NECESARIOS (DENTRO DE UN TÉRMINO NO SUPERIOR A CINCO (5) HORAS) Y CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS QUE SE REQUIERAN, 35. ENTREGAR LAS GUÍAS DE MANEJO RÁPIDO, PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN AL MOMENTO DE ENTREGAR EL EQUIPO EN LA USS DESTINATARIA. 36. ENTREGAR CARTA DE GARANTÍA QUE SE ESTABLECE PARA EL EQUIPO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA PRESENTE CONVOCATORIA		
ACLARACIONES			
En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE CORREO ELECTRONICO: comprasrednorte@gmail.com		
ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: ROTULACIÓN DE LOS SOBRES ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 3: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 4: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 5: SARLAFT ANEXO 6: ANEXO ECONÓMICO ANEXO 7. TÉCNICO		
APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
Bogotá D.C

Referencia: Propuesta para CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR" DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019 y 09-2019.

Documento: **ORIGINAL Nro. Folios** _____

COPIA 1 Nro. Folios _____

COPIA 2 Nro. Folios _____

Anexos: _____ folios _____

Medios Magnéticos _____

Proponente: Nombre de la Persona Natural, Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 02

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia

Bogotá D.C

Referencia: CONTRATAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE UCI ADULTO, PEDIATRICA, UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO, PEDIATRICA, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN LA USS SIMON BOLIVAR” DECLARADOS DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 08-2019 y 09-2019.

Nosotros los suscritos: _____ (Nombre del proponente) de acuerdo lo establecido en la invitación a cotizar, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe esta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación a cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de _____.

Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente al servicio de CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y HEMODINAMIA

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO No. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, _____ Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en mi condición de

Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso, de la empresa
_____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de

Ciudad y fecha _____

Nota: la presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese cargo y se enuncie en la respectiva cámara de comercio.

En caso que la empresa tenga menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO No 4

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

El suscrito _____, identificado (a) como se indica al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de _____, manifiesto la voluntad de apoyar la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., para fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad de rendir cuentas, por lo tanto, de manera unilateral en nombre de mi(s) representado(s) suscribo el presente Compromiso Anticorrupción, asumiendo los siguientes compromisos:

1. No ofrecer ni dar sobornos ni dar o entregar cualquier otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario, miembro, trabajador o subcontratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., o cualquier otro funcionario del Estado que tenga o haya tenido que ver con el proceso, en relación con su propuesta.
2. No permitir que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independiente incurra en las conductas indicadas en el numeral anterior.
3. Impartir instrucciones a todos sus empleados, subcontratistas y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso.
4. No efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como consecuencia la colusión del proceso o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación del contrato.

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

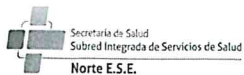
(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)



FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA
(CIRCULAR 009/2016)

CÓDIGO: AP-GF-F-23-02

VERSIÓN: 2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN FINANCIERA

PÁGINA: 1 DE 3

FECHA: 06/05/2019

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NIT	NOMBRES
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NIT	NOMBRES
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:			LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD		TELÉFONO/FAX	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:					
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS		TELÉFONO/FAX	

TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)

PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI ☐	RENTA/CREE	SI ☐	IVA	SI ☐	ICA	SI ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	NO ☐		NO ☐		NO ☐		NO ☐	PRINCIPAL ☐	SECUNDARIA ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☐	

3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO SI ☐ NO ☐
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI ☐ NO ☐
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA SI ☐ NO ☐
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐	C.E. ☐	T.I. ☐	NIT ☐	
		C.C. ☐	C.E. ☐	T.I. ☐	NIT ☐	
		C.C. ☐	C.E. ☐	T.I. ☐	NIT ☐	
		C.C. ☐	C.E. ☐	T.I. ☐	NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	ACTIVOS TOTALES
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	PASIVOS TOTALES
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	PATRIMONIO
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI ☐	NO ☐
REDESCUENTO ☐	EXPORTACIONES ☐	LEASING ☐
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐
OTRA ☐ Especifique cual: _____		
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN
		CIUDAD
		PAÍS
		MONEDA

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____	

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)
 7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
 8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
 9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
 10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
 11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
 4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
 Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
 *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 *Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019										
	5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, <u>(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.											
9. FIRMA Y HUELLA SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES _____ Firma Cliente / Representante Legal  Huella Índice Derecho												
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%;">1. Ciudad y fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la Entrevista:		4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
1. Ciudad y fecha												
2. Nombre y Cargo de quien verifica:												
3. Lugar de la Entrevista:												
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula												

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
CONTRATACIÓN DIRECTA No. 138 - 2019
COMPRA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS
ANEXO No 6 ECONÓMICO

PROYECTO MINISTERIO - EQUIPOS BIOMÉDICOS						
ITEM	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	CANTIDAD	US\$	PRECIO TECHO UNITARIO IVA INCLUIDO	PRECIO TECHO TOTAL IVA INCLUIDO	
1	CARRO DE PARO	3	SIMON BOLIVAR \$	3.469.445	\$ 10.408.335	
2	EQUIPO DE ORGANOS	4	SIMON BOLIVAR \$	1.350.650	\$ 5.402.600	
3	FONENDOSCOPIO PEDIATRICO	4	SIMON BOLIVAR \$	242.760	\$ 971.040	
4	FONENDOSCOPIO NEONATAL	1	SIMON BOLIVAR \$	242.760	\$ 242.760	
5	LARINGOSCOPIO ADULTO	6	SIMON BOLIVAR \$	1.147.749	\$ 6.886.494	
6	LARINGOSCOPIO PEDIATRICO	2	SIMON BOLIVAR \$	1.147.749	\$ 2.295.498	
7	MARCAPASOS	1	SIMON BOLIVAR \$	16.986.613	\$ 16.986.613	
8	PESA BEBE	1	SIMON BOLIVAR \$	1.557.710	\$ 1.557.710	
9	ECOGRAFO	2	SIMON BOLIVAR \$	139.230.000	\$ 278.460.000	
10	ECOGRAFO PORTATIL	1	SIMON BOLIVAR \$	139.230.000	\$ 139.230.000	
TOTAL				\$304.605.436	\$462.441.050	

OFERTA						
NOMBRE DE LA EMPRESA:						
NIT:						
MARCA	MODELO	V/R UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL UNITARIO	VALOR TOTAL POR ITEM	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
			\$ -	\$ -	\$ -	
				\$0	\$0	\$0

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
CC.

