

 SECRETARÍA de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018											
Documentos soporte que debe anexar el proponente		JURÍDICOS: 1. ROTULACIÓN DEL SOBRE DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (30) DÍAS). 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6. REGISTRO UNICO DE PROPONENTES - RUP (DEL 2018 CON INFORMACIÓN FINANCIERA DEL AÑO 2017) 7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL. 9. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 13. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 14. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No.4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 15. CERTIFICACIÓN BANCARIA. 16. PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. APLICA PARA AQUELLAS OFERTAS CUYO VALOR SEA IGUAL O SUPERIOR A 150 SMLMV, ES DECIR \$117.213.600. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. A FAVOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NIT. 900.971.005-4. TÉCNICOS: 1. ENTREGA DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL QUE REALIZA LA CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS DONDE SE ANEXE UNA CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE CERTIFIQUE QUE EL PERSONAL SE ENCUENTRA TÉCNICAMENTE CALIFICADO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO A CONTRATAR. 2. PRESENTAR EXPERIENCIA MEDIANTE LA CERTIFICACIÓN DE DOS CONTRATOS EN EL SECTOR PÚBLICO Y/O PRIVADO REFERENTE AL OBJETO DEL CONTRATO. 3. CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE SE COMPROMETA A REALIZAR LA ENTREGA DE LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN ORIGINALES EN UN TIEMPO NO MAYOR A 8 DÍAS CALENDARIO POSTERIORES A LA VISITA DE CALIBRACIÓN. 4. PRESENTAR LISTADO DE EQUIPOS PATRON A UTILIZAR Y LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN DE LOS MISMOS FIRMADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. 5. CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE SE COMPROMETA A GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMES A CONTRATAR. EL CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 2. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.. 3. EL OFERENTE DEBERÁ COTIZAR EL 100% DE LOS INSUMOS REQUERIDOS EN LA INVITACIÓN.													
		CRITERIOS DE EVALUACIÓN <table><tr><td>Formales</td><td>CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS</td></tr><tr><td>Técnicos</td><td>CUMPLE O NO CUMPLE. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO.</td></tr><tr><td>Económicos</td><td>MENOR VALOR Y/O CALIFICACIÓN SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMES A CONTRATAR Y EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.</td></tr></table> Orden de desempate EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. PARA LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.				Formales	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS	Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO.	Económicos	MENOR VALOR Y/O CALIFICACIÓN SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMES A CONTRATAR Y EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.				
Formales	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS														
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO.														
Económicos	MENOR VALOR Y/O CALIFICACIÓN SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMES A CONTRATAR Y EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. 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 <table><tr><td>Valor</td><td>\$</td><td>149.938.495</td><td>No.</td><td>1630</td></tr><tr><td>Rubro Presupuestal</td><td colspan="2">MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO</td><td>Fecha del CDP</td><td>31/07/2018</td></tr></table>						Valor	\$	149.938.495	No.	1630	Rubro Presupuestal	MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO		Fecha del CDP	31/07/2018
Valor	\$	149.938.495	No.	1630											
Rubro Presupuestal	MANTENIMIENTO EQUIPO HOSPITALARIO		Fecha del CDP	31/07/2018											
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO <table><tr><td>Forma de pago</td><td>NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUES DE RADICADA LA FACTURA EN EL AREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.</td><td>Plazo de ejecución</td><td>DOS (02) MESES</td></tr></table>						Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUES DE RADICADA LA FACTURA EN EL AREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	Plazo de ejecución	DOS (02) MESES						
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUES DE RADICADA LA FACTURA EN EL AREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	Plazo de ejecución	DOS (02) MESES												
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS <table><tr><td>Almacén</td><td>ALMACEN (CAPS CHAPINERO) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</td></tr></table>						Almacén	ALMACEN (CAPS CHAPINERO) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.								
Almacén	ALMACEN (CAPS CHAPINERO) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.														
Garantías * DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ 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 CUATRO (4) MESES MÁS. * DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALIZE O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA 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. CUANDO EVENTUALMENTE SE SURTAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO PRORROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES AL CONTRATO INICIALMENTE CELEBRADO, LAS GARANTÍAS DEBERÁN SER AMPLIADAS EN SU COBERTURA EN TIEMPO Y EN VALOR, SEGÚN CORRESPONDA, DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.															
Obligaciones del Contratista 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 5 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 DIRECTIVAS INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS 1. REALIZAR CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS TENIENDO EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DE FABRICANTE. 2. LEVANTAR EL INVENTARIO DE LOS EQUIPOS CALIBRADOS. 3. ENTREGAR LOS SOPORTES DE CALIBRACIÓN: CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN CON SELLO, CERTIFICADOS DE EQUIPOS PATRONES CON VIGENCIA MÍNIMO DE 4 MESES A PARTIR DE LA EJECUCIÓN DE LAS CALIBRACIONES, HOJA DE VIDA, TARJETA PROFESIONAL Y REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS BIOMÉDICOS QUE REALICEN LAS CALIBRACIONES Y CERTIFICADOS DE METROLOGÍA PERTINENTES A LA ACTIVIDAD, DE FORMA FÍSICA (ORIGINAL) Y DIGITAL DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO Estricto DEL CRONOGRAMA ENTREGADO POR EL PROVEEDOR, LOS CUALES DEBEN ESTAR DILIGENCIADOS POR CADA UNO DE LOS ÍTEMES O GRUPO DE ÍTEMES CONTRATADOS, INCLUYENDO FECHA DE EJECUCIÓN DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y DEMÁS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, PLACA DE INVENTARIO, UBICACIÓN Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE A SATISFACCIÓN LA CALIBRACIÓN, LA CUAL DEBE SER ALLEGADA A LA OFICINA DEL CONTRATO, ADJUNTO A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA COMO SOPORTE DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES (REPORTE ORIGINAL O COPIA) 4. REALIZAR LA CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EL MÉTODO DE COMPARACIÓN CON PATRONES TRAZABLES AL SISTEMA INTERNACIONAL DE UNIDADES Y SEGÚN LO REGLAMENTE LA NORMA Y SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS ENTREGADOS EN LA EVALUACIÓN TÉCNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASE DEL EQUIPO, ASEGURANDO LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL SERVICIO. 5. GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD, CALIBRACIÓN E IDONEIDAD DE LOS EQUIPOS PATRONES, HERRAMIENTAS Y/O ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA NORMAL EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD METROLÓGICA. 6. MANTENER LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE MÍNIMO EN EL 90% MENSUAL. 7. INSTALAR EN CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS EN UN LUGAR VISIBLE UN RÓTULO/STICKER O MARCA VISIBLE Y RESISTENTE AL NORMAL USO DEL EQUIPO, QUE INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA, EL CÓDIGO DEL CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN, LA FECHA DE EJECUCIÓN DE LA CALIBRACIÓN Y LA FECHA DE LA PRÓXIMA CALIBRACIÓN. 8. SE REQUIERE QUE EL LABORATORIO ENTREGUE AL FINAL DEL SERVICIO UN CONSOLIDADO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRE DEL EQUIPO, NUMERO DE															

ANEXO No. 1
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Dirección de Contratación - Compras
Calle 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
comprasrednorte@gmail.com; comprasrednorte4@gmail.com
Bogotá D.C.

Referencia: PROCESO DE SELECCIÓN INVITACIÓN A COTIZAR N° 137-2018 CUYO OBJETO ES SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE CALIBRACIÓN Y AJUSTES DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ES.S.E.

Documento: ORIGINAL No. 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. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

(Ciudad) (fecha)

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Dirección de Contratación - Compras
comprasrednorte@gmail.com, comprasrednorte4@gmail.com.
Calle 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
Bogotá D.C.

El suscrito _____ en calidad de Representante Legal de la empresa _____, de acuerdo lo establecido en el proceso de selección **PROCESO DE SELECCIÓN INVITACIÓN A COTIZAR N° 137-2018 CUYO OBJETO ES SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE CALIBRACIÓN Y AJUSTES DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ES.S.E**

Hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

1. Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.
2. 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.
3. Que conocemos la información general y demás documentos de la Invitación a Cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

1. No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
2. Que aceptamos las condiciones de pago de acuerdo con lo estipulado en las condiciones descritas en la Invitación.
3. Que la oferta tiene un valor total de _____.
4. Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.
5. Que esta oferta tiene una vigencia de _____.
6. Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el Representante Legal o quien haga sus veces.

Atentamente

(Firma)
(Nombre Representante Legal)
(No. Identificación representante Legal)
Representante Legal
(Nombre empresa)
(NIT empresa)
(Dirección empresa)
(Teléfono empresa)
(Dirección correo electrónico de la empresa)

ANEXO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (fecha)

Señores

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

Dirección de Contratación - Compras

comprasrednorte@gmail.com, comprasrednorte4@gmail.com.

Calle 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 3 Correspondencia

Bogotá D.C.

Referencia: PROCESO DE PROCESO DE SELECCIÓN INVITACIÓN A COTIZAR N° 137-2018 CUYO OBJETO ES SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE CALIBRACIÓN Y AJUSTES DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ES.S.E.

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)

ANEXO No. 4
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PAGO APORTES

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.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Julio 31 De 2018

CDP. No. 1630

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.....: 232103010000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210301

NOMBRE RUBRO.....: MANTENIMIENTO EQUIPOS HOSPITALARIOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 39,046,985.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 165,057,243.00

SALDO DE APROPIACION : 204,104,228.00

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:

SERV DE CALIBRACION Y AJUSTE EQ BIOMEDICOS

POR UN VALOR INICIAL DE : 149,938,496.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

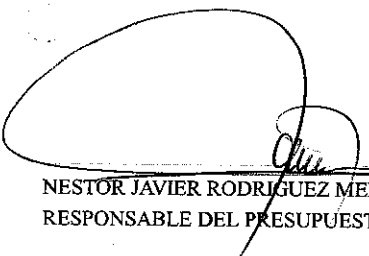
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 149,938,496.00

CIENTO CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS
PESOS CON 00/100 M/CTESOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 39,046,985.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 15,118,747.00

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


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2018/08/01 Hor-Imp: 12:14:33 Usu-Imp: jrodriguez Ter: AAAA/MM: 2018-07 Dep: T01 cppcdi 7.1.5

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS					CÓDIGO : AP-CT-F-01-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					VERSIÓN : 5	
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					PÁGINA : 1 DE 2	
					FECHA : 12/08/2018		
Fecha de Solicitud D/M/A		23/07/2018		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante (E):		JAIRO HURTADO					
Proceso:		DIRECCION ADMINISTRATIVA					
Correo Electrónico y teléfono		diradministrativo@subrednorte.gov.co					
PAA(X) PROYECTO()		SUPERVISOR DEL CONTRATO DEL CARGO		ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES			
OBJETO A CONTRATAR							
SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE CALIBRACIÓN Y AJUSTE DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
CON EL FIN DE GARANTIZAR EL ASEGURAMIENTO METROLÓGICO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS UBICADOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, SE HACE NECESARIA LA SUSCRIPCIÓN DE UN CONTRATO PARA EL SERVICIO DE CALIBRACIÓN Y AJUSTE DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DE LA SUBRED NORTE.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Con el fin de dar continuidad a la prestación de servicios de Salud y garantizar el correcto funcionamiento de los equipos requeridos en el estandar de dotación de la Resolución 2003-2014 para el servicio, se requiere contratar el servicio de calibración y ajuste de los siguientes equipos:							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	AGITADOR DE MAZZINI	3	Unidad	N.A			
2	BAÑO SEROLOGICO	3	Unidad	N.A			
3	BANDA CAMINADORA	7	Unidad	N.A			
4	BASCULA	45	Unidad	N.A			
5	BASCULA CON TALLIMETRO	50	Unidad	N.A			
6	BLENDER	6	Unidad	N.A			
7	CAMARA DE FOTOTERAPIA	1	Unidad	N.A			
8	CAMARA HIPERBARICA	1	Unidad	N.A			
9	CENTRIFUGAS	6	Unidad	N.A			
10	DESFIBRILADOR	23	Unidad	N.A			
11	DEA	1	Unidad	N.A			
12	DOPPLER FETAL	15	Unidad	N.A			
13	ECOCARDIOGRAFO	1	Unidad	N.A			
14	ECOGRAFO	1	Unidad	N.A			
15	ECOGRAFO OCULAR	1	Unidad	N.A			
16	ELECTROBISTURÍ	11	Unidad	N.A			
17	ELECTROCARDIOGRAFO	19	Unidad	N.A			
18	ELECTROMIOGRAFO	1	Unidad	N.A			
19	FLUJOMETRO	75	Unidad	N.A			
20	HORNO DE SECADO	2	Unidad	N.A			
21	INCUBADORA NEONATALES	34	Unidad	N.A			
22	LAMPARA DE FOTOTERAPIA	20	Unidad	N.A			
23	LAMPARA DE CALOR RADIANTE	7	Unidad	N.A			
24	MAMOGRAFO	1	Unidad	N.A			
25	MANOMETRO DE ALTA PRESIÓN	1	Unidad	N.A			
26	MAQUINAS DE ANESTESIA	7	Unidad	N.A			
27	MONITOR DE SIGNOS VITALES	120	Unidad	N.A			
28	MONITOR FETAL	9	Unidad	N.A			
29	PESA BEBE	50	Unidad	N.A			
30	PESA PAÑAL	6	Unidad	N.A			
31	PIPETA	22	Unidad	N.A			
32	PULSOXIMETRO	15	Unidad	N.A			
33	REGULADOR	50	Unidad	N.A			
34	EQUIPOS DE RAYOS X	4	Unidad	N.A			
35	SUCCIONADORES	29	Unidad	N.A			

14325
30-07-18
11.2004

ESPECÍFICAS:

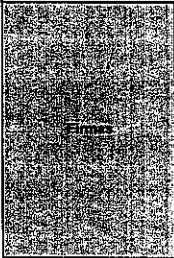
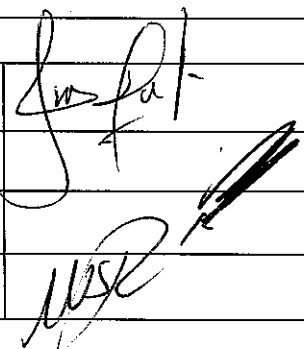
1. REALIZAR CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS TENIENDO EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DE FABRICANTE.
2. LEVANTAR EL INVENTARIO DE LOS EQUIPOS CALIBRADOS.
3. ENTREGAR LOS SOPORTES DE CALIBRACIÓN: CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN CON SELLO, CERTIFICADOS DE EQUIPOS PATRONES CON VIGENCIA MÍNIMO DE 4 MESES A PARTIR DE LA EJECUCIÓN DE LAS CALIBRACIONES, HOJA DE VIDA, TARJETA PROFESIONAL Y REGISTRO INVIMA DE LOS INGENIEROS BIOMÉDICOS QUE REALICEN LAS CALIBRACIONES Y CERTIFICADOS DE METROLOGÍA PERTINENTES A LA ACTIVIDAD, DE FORMA FÍSICA (ORIGINAL) Y DIGITAL DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO Estricto DEL CRONOGRAMA ENTREGADO POR EL PROVEEDOR, LOS CUALES DEBEN ESTAR DILIGENCIADOS POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS O GRUPO DE ÍTEMS CONTRATADOS, INCLUYENDO FECHA DE EJECUCIÓN DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y DEMÁS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, PLACA DE INVENTARIO, UBICACIÓN Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE A SATISFACCIÓN LA CALIBRACIÓN, LA CUAL DEBE SER ALLEGADA A LA OFICINA DEL CONTRATO, ADJUNTO A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA COMO SOPORTE DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES (REPORTE ORIGINAL O COPIA)
4. REALIZAR LA CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS POR EL MÉTODO DE COMPARACIÓN CON PATRONES TRAZABLES AL SISTEMA INTERNACIONAL DE UNIDADES Y SEGÚN LO REGLAMENTE LA NORMA Y SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS ENTREGADOS EN LA EVALUACIÓN TÉCNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASE DEL EQUIPO, ASEGURANDO LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL SERVICIO.
5. GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD, CALIBRACIÓN E IDONEIDAD DE LOS EQUIPOS PATRONES, HERRAMIENTAS Y/O ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA NORMAL EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD METROLÓGICA.
6. MANTENER LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE MÍNIMO EN EL 90% MENSUAL.
7. INSTALAR EN CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS EN UN LUGAR VISIBLE UN RÓTULO/STICKER O MARCA VISIBLE Y RESISTENTE AL NORMAL USO DEL EQUIPO, QUE INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA, EL CÓDIGO DEL CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN, LA FECHA DE EJECUCIÓN DE LA CALIBRACIÓN Y LA FECHA DE LA PRÓXIMA CALIBRACIÓN.
8. SE REQUIERE QUE EL LABORATORIO ENTREGUE AL FINAL DEL SERVICIO UN CONSOLIDADO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRE DEL EQUIPO, NUMERO DE CERTIFICADO, CÓDIGO INTERNO, UBICACIÓN, SEDE, ERROR MÁXIMO ENCONTRADO, UNIDAD DE MEDIDA, REQUERIMIENTO, FECHA DE VALIDACIÓN Y OBSERVACIONES.
9. ESTABLECER UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES APROBADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y EN EL FORMATO ESTABLECIDO.
10. BRINDAR GARANTÍA DE LA MANO DE OBRA Y COMPROMETERSE A REPARAR LOS DAÑOS, POR MANIPULACIÓN INADECUADA DE LOS EQUIPOS, ASÍ COMO TAMBIÉN ASUMIR LOS DAÑOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRATADO CUANDO SE DERIVEN DE LA NEGLIGENCIA O ERRORES PROPIOS.
11. ELABORACIÓN Y REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LAS HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS Y PARA LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN DEBERÁN HACER LLEGAR ORIGINAL Y OTRA EN FORMATO DIGITAL (PDF) PARA EL ÁREA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA, CON FIRMA DEL INGENIERO RESPONSABLE DE LA EMPRESA
12. ENTREGAR LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN ORIGINALES EN LA UNIDAD EN LA QUE SEA INDICADO Y EN UN PLAZO NO MAYOR A 8 DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DE LA VISITA.
13. EN CASO DE QUE LOS EQUIPOS CALIBRADOS REQUIERAN AJUSTE, LA EMPRESA DEBE REALIZAR DICHOS AJUSTES Y GARANTIZAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO.
14. EN CASO DE QUE EL EQUIPO NO OBTenga UN RESULTADO POSITIVO EN LA CALIBRACIÓN, EL PROVEEDOR DEBE REALIZAR EL AJUSTE Y RECALIBRACIÓN SIN COSTO ADICIONAL.
15. EN CASO DE QUE SE REQUIERAN CORRECCIONES EN LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN, ESTOS DEBEN SER RECOGIDOS EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 HORAS DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN Y ENTREGADOS NUEVAMENTE EN UN PLAZO NO MAYOR A 72 HORAS SIN GENERAR COSTO ADICIONAL.
16. PARA LOS CASOS EN QUE LOS EQUIPOS REQUIERAN SALIR DE LA INSTITUCIÓN PARA SU CALIBRACIÓN, ESTO DEBE SER AUTORIZADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PREVIA PRESENTACIÓN DEL SOPORTE TÉCNICO. EN CASO DE SER NECESARIO Y EL PERIODO DE LA CALIBRACIÓN SEA MAYOR A (5) CINCO DÍAS EL CONTRATISTA SIN CARGO ALGUNO AL CONTRATO REEMPLAZARA EL EQUIPO POR UNO DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS, EN CALIDAD DE PRÉSTAMO, POR EL TIEMPO QUE DURE ESTA INTERVENCIÓN. LOS GASTOS QUE SE GENEREN POR ESTE HECHO CORRERÁN A CARGO DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO. ESTO SE REALIZARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL EQUIPO SEA DE VITAL IMPORTANCIA PARA EL SERVICIO EN EL CUAL SE ENCUENTRA UBICADO.
17. LAS CANTIDADES DE LOS EQUIPOS PODRAN VARIAR SEGUN LA NECESIDAD DE LA SUBRED Y EL COSTO DE LA CALIBRACIÓN SERA EL MISMO DEL VALOR OFERTADO INICIALMENTE.
18. ASUMIR LOS GASTOS DE LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES, EQUIPOS, HERRAMIENTAS, TRANSPORTE, PERSONAL Y/O CUALQUIER OTRO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.
19. DOTAR AL PERSONAL CON ELEMENTOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL ACORDES AL TIPO DE RIESGO
20. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE GENERAN DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO: (en días o meses)

Dos (2) Meses

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita.
2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas.
3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho término.
4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma.
5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad.
6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.

	Nombre y Firma del solicitante (E):	JAIRO HURTADO	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	ALVARO GALVIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud (E):	ALVARO GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY GARCIA	

Observaciones:

<