

 GOBIERNO DE BOGOTÁ Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN :3
			PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 011-2018

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS DISCRIMINADOS DESTINADOS AL SERVICIO DE LACTARIO NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE FORMULAS INFANTILES Y EL SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VALORACIONES NUTRICIONALES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE E.S.E.
---------------------------	---

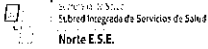
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	LICUADORA SEMIINDUSTRIAL	UNI	1	CAPACIDAD 5 LITROS
2	PESA DE ALIMENTOS DIGITAL	UNI	1	CAPACIDAD 1.000 GRS
3	BASCULA CON ANALIZADOR CORPORAL	UNI	1	
4	TALLIMETRO PORTATIL	UNI	1	
5	ADIPOMETRO SLIM GUIDE	UNI	1	
6	DINAMOMETRO DE MANO	UNI	1	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	31 DE ENERO DE 2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	FECHA: 05 DE FEBRERO DE 2018 HORA: 4:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 CENTRAL DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICO, FINANCIERO, TÉCNICO Y ECONÓMICO DE LAS PROPUESTAS	DESDE EL 07 DE FEBRERO DE 2018
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIÓN	08 DE FEBRERO DE 2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	09 DE FEBRERO DE 2018

Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. ROTULACIÓN DEL SOBRE DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS). 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT - 6. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS). 7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT - 8. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL. 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 13. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 14. CERTIFICACIÓN BANCARIA. TÉCNICOS: 1. FICHA TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS INVIMA. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR SU OFERTA DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO EL . ADICIONALMENTE EN LA PROPUESTA DEBERÁ ALLEGAR EN FÍSICO SU OFERTA, DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.
--	---

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS.

239

	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
		VERSIÓN :3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 011-2018

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS DISCRIMINADOS DESTINADOS AL SERVICIO DE LACTARIO NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE FORMULAS INFANTILES Y EL SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VALORACIONES NUTRICIONALES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE E.S.E.
---------------------------	---

Técnicos	HABILITADO O NO HABILITADO. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO.
Económicos	SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES TÉCNICOS.

Criterios 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. ACEPTAR LA OFERTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGÚN EL RADICADO ASIGNADO EN LA CENTRAL DE CORRESPONDENCIA.
-------------------------------	--

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	2.965.000	No.	142
Rubro Presupuestal	EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO QUIRÚRGICO	Fecha del CDP	22-01-2018

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	Plazo de ejecución	UN (1) MES
----------------------	---	---------------------------	------------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sitio de entrega	ALMACENES UBICADOS EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA ENTIDAD.
-------------------------	--

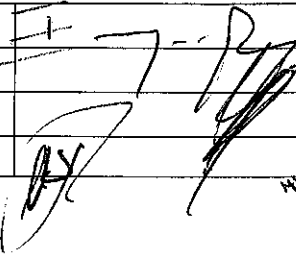
Forma de entrega	EN CONCORDANCIA A LOS REQUERIMIENTOS DE DESPACHO REALIZADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONFORME A LOS ÍTEMS Y CANTIDADES REQUERIDOS POR LA ENTIDAD.
-------------------------	---

Garantías de exigibilidad	* 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. 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.
----------------------------------	---

DATOS DE CONTACTO - DESARROLLO DEL PROCESO DE SELECCIÓN

Datos de contacto	CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL O ACLARACIÓN RESPECTO AL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN, FAVOR COMUNICARSE A: DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS Correo electrónico: comprasrednorte@gmail.com ; comprasrednorte3@gmail.com Teléfonos: 3499080 ext. 102 - 3012120144
--------------------------	--

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PÁEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo (E):	ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 2
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
compras@subrednorte.gov.co; comprasrednorte@gmail.com;
comprasrednorte4@gmail.com
Bogotá D.C.

Referencia: PROCESO DE SELECCIÓN **INVITACIÓN A COTIZAR No. 011 – 2018**
SUMINISTRO DE INSUMOS DISCRIMINADOS DESTNADOS AL SERVICIO DE
LACTARIO NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE FORMULAS INFANTILES Y EL
SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VALORACIONES
NUTRICIONALES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE E.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. 3
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

(Ciudad) (fecha)

Señores

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

Dirección de Contratación - Compras

compras@subrednorte.gov.co , 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 **INVITACIÓN A COTIZAR No. 011 - 2018**, cuyo objeto consiste en el "SUMINISTRO DE INSUMOS DISCRIMINADOS DESTNADOS AL SERVICIO DE LACTARIO NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE FORMULAS INFANTILES Y EL SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VALORACIONES NUTRICIONALES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE E.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 incursos 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. 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (fecha)

Señores

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

Dirección de Contratación - Compras

compras@subrednorte.gov.co , comprasrednorte@gmail.com;

comprasrednorte4@gmail.com

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

Bogotá D.C.

Referencia: PROCESO DE SELECCIÓN **INVITACIÓN A COTIZAR No. 011 – 2018**
SUMINISTRO DE INSUMOS DISCRIMINADOS DESTNADOS AL SERVICIO DE
LACTARIO NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE FORMULAS INFANTILES Y EL
SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VALORACIONES
NUTRICIONALES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE E.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. 5
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: Enero 22 De 2018

CDP. No. 142

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.....: 232104010000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210401

NOMBRE RUBRO.....: EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,602,633.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 28,397,367.00

SALDO DE APROPIACION : 30,000,000.00

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:

SUMINISTRO DE INSUMOS DESTILADOS AL SERVICIO LACTA
RIO NECESARIO PARA PREPARACION DE FORMULAS INFANTI

POR UN VALOR INICIAL DE : 2,965,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 2,965,000.00

DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO 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: 1,602,633.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 25,432,367.00

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



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO : AP-CT-F-01-04 VERSION : 4 PAGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
---	--	--

Fecha de Solicitud d/m/a: Enero 09 de 2018
 Fecha de Recibido d/m/a:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante: ANGELA MARIA CABAL PEREZ
 Proceso: NUTRICION

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE INSUMOS DISCRIMINADOS DESTINADOS AL SERVICIO DEL LACTARIO NECESARIOS PARA LA PREPARACION DE FORMULAS INFANTILES Y EL SERVICIO DE NUTRICION PARA

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

SE REQUIERE LA ADQUISICION DE LOS INSUMOS A CONTINUACION DISCRIMINADOS PARA EL AREA DE LACTARIO CON EL FIN DE GARANTIZAR LA ADECUADA Y SEGURA PREPARACION

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
	LICUADORA SEMIINDUSTRIAL	1	UNI.			Capacidad 5 litros	
	PESA DE ALIMENTOS DIGITAL	3	UNI.			Capacidad 1.000 grs	
	BASCULA CON ANALIZADOR	1	UNI.				
	TALLIMETRO PORTATIL	3	UNI.				
	ADIPOMETRO SLIM GUIDE	3	UNI.				
	DINAMOMETRO DE MANO	3	UNI.				

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI NO X

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TECNICAS Y OBSERVACIONES DE LOS PRODUCTOS. PRESENTAR FICHA TECNICA DE LOS PRODUCTOS, PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL PROVEEDOR QUE OFRECE LOS PRODUCTOS. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR LAS SUBSANACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA JURIDICO, TECNICO Y FINANCIERO A LAS QUE HUBIERA LUGAR.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. GARANTIZAR EL DESPACHO DE LOS PRODUCTOS POR LA SUBRED EN EL LUGAR, CANTIDAD, CALIDAD Y OPORTUNIDAD, SEGÚN LA PROGRAMACIÓN O REQUERIMIENTOS GENERADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
2. VELAR POR LA ADECUADA ENTREGA EN CONDICIONES TALES COMO QUE LOS EMPAQUES SEAN ORIGINALES DE FÁBRICA, CON LAS ETIQUETAS O RÓTULOS ÍNTEGROS, PERFECTAMENTE LEGIBLES, QUE NO SE HAGA EN ENVASES DETERIORADOS, CON DEFECTOS DE FÁBRICA.
3. GARANTIZAR QUE EL TIPO DE MATERIAL Y CALIDAD DEL EMPAQUE SEAN LOS ADECUADOS PARA PROTEGER LOS PRODUCTOS ASÍ COMO PARA SU TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO ESTAS CONDICIONES SERÁN REQUISITO PARA SU ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN.
4. GARANTIZAR QUE SE REALICE LA REPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED.
5. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
6. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
7. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.
12. 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.

Plazo estimado de ejecución del contrato (Indicar para cuanto tiempo)

Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	ANGELA MARIA CABAL PEREZ
	Nombre y Firma del Director que revisa:	DANIEL BLANCO SANTAMARIA
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Nombre y Firma Gerente:	YDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

* Este campo es diligenciado por la Dirección receptora: ¿El bien o servicio solicitado se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad? SI NO

Observaciones:

15-01-18
 2:52
 121

ANÁLISIS DE RIESGOS

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

CÓDIGO : AP-CT-F-02-03
VERSIÓN : 3
PÁGINA : 1 DE 1
FECHA : 11/10/2017

[illegible]

ELABORADO POR

Firma:

Nombre:	ANGELA MARIA CABAL PEREZ
---------	--------------------------

Cargo:	PROFESIONAL UNI. AREA SALUD
--------	-----------------------------

Fecha Elaboración d/m/a.	ENERO 09 DE 2017
--------------------------	------------------