

 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.	VERSIÓN : 3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 050-2018

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA DE CONSULTORIA ESPECIALIZADA EN COSTOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	---

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	ELABORAR METODOLOGÍAS QUE PERMITAN ESTANDARIZAR Y CALCULAR LOS COSTOS DE LA ENTIDAD, PARA CALCULAR TARIFAS Y HACER MEDICIONES DE COSTO BENEFICIO	UNIDAD	1	
2	CAPACITAR LOS USUARIOS Y SOCIALIZAR EL PROCESO	UNIDAD	1	
3	APLICAR LA METODOLOGÍA DE COSTOS ESTABLECIDA POR LOS ORGANOS ADMINISTRATIVOS INTERNOS Y EXTERNOS DE LA SUBRED	UNIDAD	1	
4	EMITIR LOS INFORMES SOLICITADOS POR LOS ORGANISMOS ADMINISTRATIVOS, DE CONTROL Y VIGILANCIA QUE SUPERVISAN A LA SUBRED Y LOS QUE INTERNAMENTE SE REQUIERAN.	UNIDAD	1	
5	COORDINAR EL PERSONAL ASIGNADO AL ÁREA DE COSTOS.	UNIDAD	1	
6	APOYAR EL DIAGNÓSTICO DE MEDIDAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO.	UNIDAD	1	
7	IMPLEMENTACIÓN DEL 100% DEL MODULO DE COSTOS E INTERFASES CON LOS DEMAS MODULOS HABILITADOS	UNIDAD	1	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	12/03/2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	14-03-18 HORA DE CIERRE: 3:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 OFICINA DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) ORIGINA Y UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICO Y ECONOMICO DE LAS PROPUESTAS	15/03/2018
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	16/03/2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	20/03/2018

Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO NO. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) C) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES ANEXO No 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO NO. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 4. REGISTRO ÚNICO DE PROponentES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS) 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE, DE LOS APORTES EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES. ANEXO 3
--	--

	13. CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
	14. CERTIFICACIÓN BANCARIA
	TÉCNICOS: 1. PRESENTAR CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MINIMA DE DIEZ (10) AÑOS DE LA EMPRESA Y/O DEL GERENTE DE PROYECTO EN CONSULTORIA, DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIMIENTO DE SISTEMAS DE COSTOS PARA ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD 2. PRESENTAR CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA DE LA EMPRESA Y/O EL GERENTE DE PROYECTO EN EL CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA PLATAFORMA ERP CLINICAL SUITE 3. ANEXAR HOJAS DE VIDA DEL EQUIPO DE CONSULTORIA CON EXPERIENCIA EN COSTOS HOSPITALARIOS
	ECONÓMICOS: EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR VALORIZADO EL PRECIO DE CADA UNOS DE LOS ITEMS REQUERIDOS EN ESTA INVITACIÓN A COTIZAR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Económicos	SE TENDRA EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONOMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS, TÉCNICOS

Criterios de Desempeño	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. LA PROPUESTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGUN EL RADICADO DE CORRESPONDENCIA.
------------------------	--

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

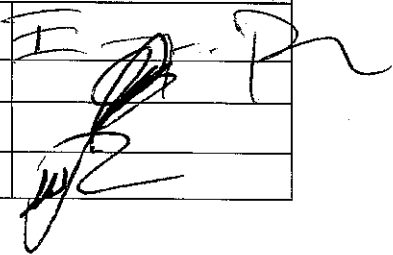
Valor	CUARENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS \$44.676.666	No.	545
Rubro Presupuestal	HONORARIOS	Fecha del CDP	06/03/2018

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	TRES (3) MESES
---------------	--	--------------------	----------------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sitio de entrega	EL SERVICIO SE PRESTARÁ PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Forma de entrega	LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PRESENCIAL EN LA SUBRED Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
Nota	CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL O ACLARACIÓN FAVOR ENVIAR SU SOLICITUD A LOS SIGUIENTES CORREOS comprasrednorte@gmail.com , comprasrednorte3@gmail.com

APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	ENRIQUE PÁEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:(E)	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

Javier

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

Fecha de Solicitud d/m/a

20/01/2018

Fecha de Recibido d/m/a

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:

PEDRO NEL HERNANDEZ LAGUNA

Proceso:

DIRECCIÓN FINANCIERA

OBJETO A CONTRATAR

Se requiere consultoría especializada en Costos con experiencia superior a 10 años para organizar los procesos que permitan contar con información confiable de costos, aplicando la metodología establecida para ello, respondiendo los requerimientos internos y externos de la Entidad.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

En cumplimiento a lo establecido en el acuerdo No 641 de 2016, mediante el cual se efectuó la fusión de las Empresas Sociales del Estado Hospital Usaquén I nivel, Hospital Chapinero I nivel, Hospital de Suba II nivel, Hospital Engativá II nivel y Hospital Simón Bolívar III nivel, conformando la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E. y como parte de las acciones encaminadas a la unificación durante el periodo de transición de los procesos administrativos y asistenciales de las unidades que la constituyen la Entidad requiere contratar la implementación y sostenimiento del módulo y área de costos en la herramienta ERP CLINICAL SUITE con que cuenta la Subred.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Elaborar metodologías que permitan estandarizar y calcular los costos de la entidad, para calcular tarifas y hacer mediciones de costo beneficio	1	N/A	N/A			
2	Capacitar los usuarios y socializar el proceso	1	N/A	N/A			
3	Aplicar la metodología de costos establecida por los órganos administrativos internos y externos de la Subred	1	N/A	N/A			
4	Emitir los informes solicitados por los organismos administrativos, de control y vigilancia que supervisan a la Subred y los que internamente se requieran.	1	N/A	N/A			
5	Coordinar el personal asignado al área de Costos.	1	N/A	N/A			
6	Apoyar el diagnóstico de medidas de austeridad del gasto.	1	N/A	N/A			
7	Implementación del 100% del módulo de costos e interfaces con los demás módulos habilitados	1	N/A	N/A			

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

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

Se requiere contratar una empresa de consultoría con experiencia en Diseño, implementación y sostenimiento de sistemas de costos para Entidades Prestadoras de Servicios de Salud que adicionalmente cuente con experiencia y total manejo de la plataforma ERP CLINICAL SUITE de mínimo 10 años en el sector de servicios de Salud.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

- CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
- ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
- MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
- SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROS QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
- 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.
- 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.
- VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.
- 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.
- CALCULAR Y EVALUAR LA RENTABILIDAD DE TODOS LOS SERVICIOS, SEDES, CENTROS DE COSTOS Y PROCESOS EN GENERAL DE LA SUBRED, PARA DEFINIR TARIFAS Y TOMAR DECISIONES RESPECTO A LOS RESULTADOS.
- GENERAR LOS PROCESOS QUE CONLLEVEN A LA ESTABILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN REPORTADA POR COSTOS DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE RESPONSABILIDAD DE LA SUBRED.
- CAPACITAR Y SOCIALIZAR LOS CAMBIOS DEL MODELO DE GESTIÓN DE COSTOS A LOS USUARIOS INTERNOS DE LA SUBRED.
- IMPLEMENTAR Y GARANTIZAR UTILIZACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE COSTOS EN ERP CLINICAL SUITE.
- REVISIÓN DE LOS REPORTES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ERP CLINICAL SUITE Y GENERACIÓN DE INFORMES EN GENERAL SOLICITADOS INTERNA Y EXTERNAMENTE.
- DOCUMENTAR LOS CAMBIOS PARA MANTENER ACTUALIZADOS LOS MANUALES E INSTRUCTIVOS DE LA SUBRED.

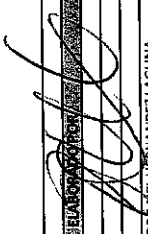
ESPECÍFICAS:

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

Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	DR. PEDRO NEL HERNANDEZ	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	DR. PEDRO NEL HERNANDEZ	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente	DR. ALVARO GALVIS BARRIOS	

 Ministerio de Salud Sistema Integrado de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CIF-02-03
			VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA												IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO					
		Casilla de selección (Escala solo una)						Casilla de selección (Escala solo una)						Casilla de selección (Escala solo una)											
		4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1								
		ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	Generación automática	Generación automática	CONTRATANTE			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento																					4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	Generación automática	CONTRATANTE
OPERACIONAL:	Extensión del plazo inicialmente acordado al no completar las actividades estipuladas en el cronograma.	4																		1	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA			
TECNOLÓGICO:	Nuevos desarrollos tecnológicos y/u obsolescencia tecnológica																			0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					
																				0					

ELABORADO POR:	
FECHA:	20 de enero de 2017
COORDINADOR FINANCIERO:	

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

comprasrednorte3@gmail.com

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

Bogotá D.C

Referencia: Propuesta para “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA DE CONSULTORIA ESPECIALIZADA EN COSTOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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. 2

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

comprasrednorte3@gmail.com

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

Bogotá D.C

Referencia: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: **ADQUISICIÓN: SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA DE CONSULTORIA ESPECIALIZADA EN COSTOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**

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 ésta 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 incursos 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 a la prestación del servicio de: SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA DE CONSULTORIA ESPECIALIZADA EN COSTOS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

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 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)

INVITACION A COTIZAR 050-2018							
ANEXO 5 PROPUESTA ECONOMICA							
Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	V/R UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL	GRAN TOTAL
1	ELABORAR METODOLOGÍAS QUE PERMITAN ESTANDARIZAR Y CALCULAR LOS COSTOS DE LA ENTIDAD, PARA CALCULAR TARIFAS Y HACER MEDICIONES DE COSTO BENEFICIO	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
2	CAPACITAR LOS USUARIOS Y SOCIALIZAR EL PROCESO	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
3	APLICAR LA METODOLOGÍA DE COSTOS ESTABLECIDA POR LOS ORGANOS ADMINISTRATIVOS INTERNOS Y EXTERNOS DE LA SUBRED	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
4	EMITIR LOS INFORMES SOLICITADOS POR LOS ORGANISMOS ADMINISTRATIVOS, DE CONTROL Y VIGILANCIA QUE SUPERVISAN A LA SUBRED Y LOS QUE INTERNAMENTE SE REQUIERAN.	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
5	COORDINAR EL PERSONAL ASIGNADO AL ÁREA DE COSTOS.	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
6	APOYAR EL DIAGNÓSTICO DE MEDIDAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO.	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
7	IMPLEMENTACIÓN DEL 100% DEL MODULO DE COSTOS E INTERFASES CON LOS DEMAS MODULOS HABILITADOS	1	UNIDAD		\$0,00	\$0,00	\$0,00
TOTAL						\$0,00	\$0,00

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Marzo 6 De 2018

CDP. No.

545

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.....: 231102030000000000000003

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3110203

NOMBRE RUBRO.....: HONORARIOS✓

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,029,536,672.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1,310,828,744.00

SALDO DE APROPIACION : 2,340,365,416.00

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:

EMPRESA ESPECIALIZADA EN COSTOS PARA LA SUBRED NOR
TE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 44,676,666.00✓

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 44,676,666.00

CUARENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON
00/100 M/CTE

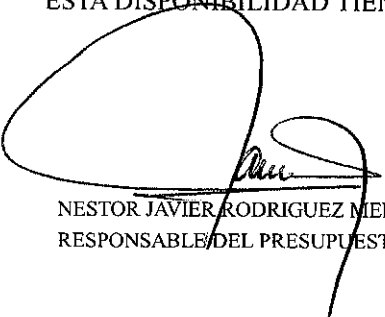
SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE

DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,029,536,672.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 1,266,152,078.00

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


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO