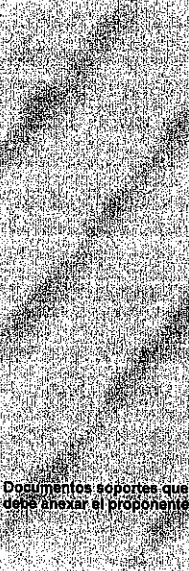
	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
		VERSIÓN :3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 084-2018

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGÍA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE 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	ASPIRADOR ULTRASONICO Y DISECTOR	UNIDAD	4	PIEZAS DE MANO DE DIFERENTES TAMAÑOS, SONORO AL MOMENTO DE ASPIRACION, DIFERENTES CAÑALES PARA LA ASPIRACION, IRRIGACION, ULTRASONIDO Y PEDAL.
2	SISTEMA MONITOREO NEUROFISIOLOGICO	UNIDAD	4	32 CAÑALES, UNA PARTE DE SONORA PARA EL MAPEO CORTICAL, PROXIMIDAD DEL NERVIJO, ELECTROENCEFALOGRAFIA, ELECTROMIOGRAFIA
3	SISTEMA DE MONITOREO PARA NERVIJO FACIAL	UNIDAD	4	32 CAÑALES, UNA PARTE DE SONORA PARA EL MAPEO CORTICAL, PROXIMIDAD DEL NERVIJO, ELECTROENCEFALOGRAFIA, ELECTROMIOGRAFIA
4	BISTURI ULTRASONICO	UNIDAD	4	VARIEDAD DE CUCHILLAS, IRRIGACION - SUCCION.
5	RADIO FRECUENCIA	UNIDAD	4	VARIEDAD DE PUNTAS DE NARIZ Y LARINGE.
6	MARCO ESTEROTAXIA	UNIDAD	3	PUNTAS DE DIFERENTES TAMAÑOS EN TITANIO
7	DOPPLER VASCULAR INTRAOPERATORIA	UNIDAD	3	ESPECTOGRAMAS, VALORES Y FLUJOS, QUE TENGA PARTE SONORA, TRANSDUCTORES DE DIFERENTES TAMAÑOS, SEA BIDIRECCIONAL, CUENTE CON DATOS EN ARCHIVOS PDF.

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	03/04/2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	5-04-18 HORA DE CIERRE: 3:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 3 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	06/04/2018
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	09/04/2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	10/04/2018

	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
	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 BANCARIA

Documentos soportes que debe anexar el proponente

14. PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRENTA (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. 900.971.006-4

TÉCNICOS:

- 1) HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS
- 2) GUÍA DE USO RÁPIDO DE LOS EQUIPOS
- 3) CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS
- 4) CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS CON EXPERIENCIA EN ALQUILER DE ESTE TIPO DE EQUIPOS
- 5) REGISTRO SANITARIO INVIMA DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS
- 6) HOJA DE VIDA DE LOS FISIATRAS QUE ACOMPAÑARÁN LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO REQUIERAN
- 7) LOS MODELOS DEBEN DE SER MODELO 2015 EN ADELANTE
- 8) CARTA DE COMPROMISO POR PARTE DEL REPRESENTANTE LEGAL A DAR RESPUESTA DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL SUPERVISOR EN UN TIEMPO INFERIOR A 12 HORAS

ECONÓMICOS:

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LA PROPUESTA DE LOS INSUMOS QUE CUENTE TOTALIZÁNDOLO CON LAS CANTIDADES Y DISCRIMINANDO EL IVA.

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 TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONOMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS, 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.LA PROPUESTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGUN EL RADICADO DE CORRESPONDENCIA .

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	VEINTISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$20.000.000)	No.	628
Rubro Presupuestal	ARRENDAMIENTOS	Fecha del CDP	23/03/2018

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	UN (1) MES
---------------	--	--------------------	------------

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
Garantías de exigibilidad	A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: 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 10% DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL O SUPERIOR AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

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

SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS		CODIGO: AP-GF-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 2018/02/15

Fecha de Recibido d/m/a

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante: JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO
Proceso: CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN-SUBRED NORTE E.S.E

OBJETO A CONTRATAR

Se requiere Contratar el alquiler de equipos para neurocirugía, otorrino y ortopedia cumpliendo así con los servicios integrales y de calidad de la Subred Norte E.S.E mejorando las condiciones de vida del trabajador.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Atendiendo al requerimiento de equipos especializados para la atención de procedimientos quirúrgicos de neurocirugía, otorinolaringología, ortopedia, la demanda de estos equipos de acuerdo al diagnóstico clínico evidenciado en la atención de los procedimientos de neurocirugía, otorinolaringología, y ortopedia de las diferentes unidades de la Subred Norte E.S.E y en concordancia con nuestra misión de ofrecer servicios integrales de la salud con calidad, se hace imprescindible la contratación del alquiler de equipos requerido para el cuidado y tratamiento de nuestros usuarios con oportunidades y seguridad.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PA A
1	Aspirador Ultrasonico y disector	1	UNITARIO	4	Piezas de mano de diferentes tamaños, sonoro al momento de aspiración, diferentes canales para la aspiración, irrigación, ultrasonido y pedal.	Servicio a Demanda	
2	Sistema de Monitoreo neurofisiológico.	1	UNITARIO	4	32 canales, una parte de sonoro para el mapeo cortical, proximidad del nervio, electroencefalografía, electromiografía	Servicio a Demanda	
3	Sistema de Monitoreo para nervio facial.	1	UNITARIO	4	32 canales, una parte de sonoro para el mapeo cortical, proximidad del nervio, electroencefalografía, electromiografía	Servicio a Demanda	
4	Bisturí Ultrasonico	1	UNITARIO	4	Variedad de cuchillas, irrigación - succión.	Servicio a Demanda	
5	Radio Frecuencia.	1	UNITARIO	4	Variedad de puntas de nariz y laringe.	Servicio a Demanda	
6	Marco Esterotaxia	1	UNITARIO	3	Puntas de diferentes tamaños en titanio	Servicio a Demanda	
7	Doppler vascular Intraoperatoria.	1	UNITARIO	3	Espectrogramas, valores y flujos, que tenga parte sonoro, traductores de diferentes tamaños, sea bidireccional, cuente con datos en archivos PDF.	Servicio a Demanda	

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI NO

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

1. Hoja de Vida de cada uno de los equipo Biomedico.
2. Guía de Uso rapido de los equipos
3. Cronograma de mantenimiento de los equipos.
4. Certificación de contratos o contratos con experiencia en el alquiler de este tipo de equipo biomedico
5. Registro sanitario INVIMA de cada uno de los equipos
6. Hoja de vida del o de los fisiatras que acompañaran los procedimientos que lo requieran
7. los equipos deben ser modelo 2015 hacia adelante
8. Carta de compromiso por parte del representante legal a dar respuesta de la solicitud por parte del supervisor en un tiempo inferior a 12 horas

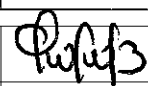
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- GENERALES:**
1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
 2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
 3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROSÍ QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARA FISCALES 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.

ESPECÍFICAS:

1. El Equipo Biomedico que por solicitud del supervisor del contrato requiera Fisiatría deberá incluirlo.
2. Los despachos tendran un tiempo de respuesta no mayor a 12 Horas
3. Reporte de mantenimiento de equipos según cronograma presentado en la invitación.

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

Firmas	Nombre y firma del solicitante:	JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO	
	Nombre y firma del Director que revisa:		
	Nombre y firma VoBo, Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y firma Gerente:	DRA. YIDNEY 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:

602
Oscar
11:40
17/03/18

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

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
		4	3	2	1		4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	BAJA			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoge solo una)					Casilla de selección (Escoge solo una)					Generación automática	Generación automática	Generación automática
OPERACIONAL:	PLAZOS NO ACORDES CON LAS NECESIDADES DEL CONTRATO.			2				3				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
ECONÓMICOS:	CAMBIOS EN LA TASA DE CAMBIO, QUE AFECTE EL VALOR FINAL DE LOS ELEMENTOS A SUMINISTRAR.		3						2			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
TECNOLÓGICO:	OBSOLENCIA TECNOLÓGICA DESDE EL MOMENTO DE LA NECESIDAD HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN.		3					3				6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
												0		
												0		
												0		
												0		
												0		
												0		
												0		
												0		
												0		
												0		

ELABORADO POR:

Firma:

Nombre:

Cargo:

Fecha Elaboración d/m/a

15/02/2018

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 1 Correspondencia
Bogotá D.C**

Referencia: Propuesta para SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGÍA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE 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 1 Correspondencia

Bogotá D.C

Referencia: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGÍA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE 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: SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGÍA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE 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)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Marzo 23 De 2018

CDP. No.

628

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.....: 231201010000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3120101

NOMBRE RUBRO.....: ARRENDAMIENTOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1,249,778,104.00

SALDO DE APROPIACION : 1,249,778,104.00

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:ALQUILER DE EQUIPOS DE OTORRINO NEUROCILOGIA Y ORTOP
EDIA

POR UN VALOR INICIAL DE : 20,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

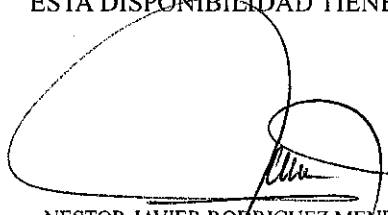
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 20,000,000.00

VEINTE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 1,229,778,104.00

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


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO