



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

CONTRATACIÓN DIRECTA INVITACIÓN A COTIZAR No. 046 – 2017

Se informa a los interesados que se da apertura al proceso de selección mediante el mecanismo Contratación Directa: Contrato cuya cuantía no supera el 0.15% del presupuesto inicial de la entidad para la presente vigencia, con el fin de atender las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la prestación de sus servicios, según lo señalado a continuación:

Objeto a contratar: SUMINISTRO DE ALIMENTO DE USO NUTRICIONAL ESPECIAL PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED NORTE E.S.E.

Descripción de la compra: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E requiere garantizar el suministro del ALIMENTO ESPECIAL PARA EMFERMEDAD HEPÁTICA, presentación en Sobre, fórmula necesaria para mantener y/o recuperar el estado nutricional de los pacientes que presentan esta condición.

Certificado de Disponibilidad Presupuestal: Certificado No. 2903 del 13 de Diciembre de 2017. Rubro: Medicamentos.

Valor del Certificado de Disponibilidad Presupuestal: UN MILLÓN SETECIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$1.721.952,00), presupuesto que ampara el presente proceso de selección.

Plazo del contrato: Un (1) mes.

Forma de Pago: Noventa (90) días, después de radicada la factura en el área de cuentas por pagar previa certificación de cumplimiento emitida por el supervisor del contrato. Por disposición del estatuto de contratación que rige a la entidad, la subred no podrá pactar bajo ninguna modalidad la entrega o pago de anticipos.

Plazo máximo para entrega de cotizaciones u ofertas: Jueves 21 de Diciembre de 2017.

Hora de cierre: 11:00 a.m.

Entrega de ofertas: Las propuestas deberán presentarse en físico, sobre cerrado y soportes foliados, una sola copia, en la Sede Administrativa de la Subred Norte

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41
Tel.: 6583030/ 3499080
www.subrednorte.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

GD-F-07-01



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.II

E.S.E., ubicada en la Calle 66 No. 15- 41 Piso 3 Central de Correspondencia, dentro del plazo establecido en el presente documento.

Evaluación Técnica de las propuestas: Desde Jueves 21 de Diciembre de 2017.

Evaluación Económica de las propuestas: Viernes 22 de Diciembre de 2017.

Publicación resultado Evaluaciones: Viernes 22 de Diciembre de 2017.

Selección de proveedor: Martes 26 de Diciembre de 2017.

Comunicado aceptación de propuesta: Martes 26 de Diciembre de 2017.

Soportes Técnicos a evaluar: Los proponentes deberán allegar para su valoración copia de los siguientes documentos:

1. Ficha o descripción técnica del alimento ofertado.
2. Certificación sobre su condición de distribuidor, importador o fabricante.
3. Certificado de Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento CCAA.
4. Registro Sanitario expedido por el INVIMA.

Criterio de Evaluación Técnica: Cumple / No cumple con las características técnicas solicitadas por la entidad y con la presentación y debida acreditación de los soportes.

Criterio de Evaluación Económica: Se realizará análisis del valor del ítem ofertado asignando **DIEZ (10) puntos** a la propuesta que haya presentado el menor precio unitario. La calificación de las demás propuestas se asignará como resultado de una Regla de tres simple inversa (mayor costo menor puntaje).

Garantía/ Póliza: Por la cuantía del proceso de selección, No se requiere constitución de garantía de seriedad de la oferta, toda vez que el presupuesto asignado al presente Evento Especial es inferior a 150 SMLMV.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E S.E

Requerimientos Jurídicos:

Una vez surtido el proceso de revisión de las ofertas recibidas dentro del plazo establecido y en caso de ser seleccionado, el oferente deberá presentar para efectos de elaboración del contrato los siguientes soportes Jurídicos:

Compromiso Anticorrupción (Modelo No.1 entregado por la Subred)
Certificado de Existencia y Representación Legal / Matrícula Mercantil (Expedición No mayor a 90 días)
Fotocopia del Registro Único Tributario - RUT -
Fotocopia del Registro De Identificación Tributaria - RIT -
Fotocopia Documento de Identidad del Representante Legal
Certificado Antecedentes Disciplinarios - Procuraduría General de la Nación de la empresa y del Representante Legal (No mayor a 30 días)
Certificado Antecedentes - Contraloría General de la República de la empresa y del Representante Legal (No mayor a 30 días)
Certificado Antecedentes – Personería de Bogotá del Representante Legal (No mayor a 30 días)
Certificado Antecedentes Judiciales - Policía Nacional del Representante Legal (No mayor a 30 días)
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. Si se presenta Certificación de Aportes Parafiscales, adjuntar copia documento de identidad y copia de tarjeta profesional del Contador o Revisor Fiscal que firma dicho documento.
Certificación de No encontrarse incurso en Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Modelo No. 2 entregado por la Subred)
Certificación Bancaria

Obligaciones generales del contratista:

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.

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41
Tel.: 6583030/ 3499080
www.subrednorte.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS
GD-F-07-01



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

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 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 Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. la certificación de cumplimiento, la factura y soportes respectivos para su correspondiente radicación.
7. Velar por mantener el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., obrando de manera honesta y responsable.
8. 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.

Obligaciones específicas del contratista:

1. Garantizar el despacho de los productos requeridos por la Subred Norte E.S.E. en el lugar, cantidad, calidad y oportunidad, según la programación o requerimientos generados por el supervisor del contrato.
2. Velar por la adecuada entrega de los productos, en condiciones tales como 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 y/o vencidos.
3. Garantizar que el tipo de material y calidad del empaque sean los adecuados para proteger el producto proteger las nutriciones en las condiciones extremas de temperatura y humedad, así como para su transporte, almacenamiento y uso del producto. Estas condiciones serán requisito para su entrega y recepción a satisfacción.

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41
Tel.: 6583030/ 3499080
www.subrednorte.gov.co
Info: Línea 195


**BOGOTÁ
MEJOR**
PARA TODOS

GD-F-07-01



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

4. Entregar los insumos con una vida útil superior al 70 %, siempre que las características técnicas del producto lo permitan.
5. gestionar el cambio de productos próximos a vencer o de baja rotación previa notificación por parte de la Subred Norte. Dicho cambio debe realizarse por parte del proveedor antes de que se cumpla la fecha de vencimiento del producto.
6. Garantizar que se realice la reposición del producto o productos que resultaren deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores al a notificación, de cuyo reporte haga la Subred.
7. Desarrollar las actividades que sean necesarias en conjunto con la subred norte para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato y las condiciones de calidad requeridas.
8. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.

Sin otro particular.

Atentamente,

YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ

Gerente

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Anexo: Lo anunciado Anexo No. 1

	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
Elaborado por	Lady Carolina Mora Poveda	Apoyo Profesional Universitario	
Proyectado por:	Lady Carolina Mora Poveda	Apoyo Profesional Universitario	
Revisado por:	Luis Enrique Pérez Falla	Profesional Especializado	
Aprobado por:	Álvaro de Jesús Galvis Barrios	Director de Contratación	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Gerente			

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41
Tel.: 6583030/ 3499080
www.subrednorte.gov.co
Info: Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

GD-F-07-01

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Diciembre 13 De 2017

CDP. No. 2903

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.....: 10000132102000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020101

NOMBRE RUBRO.....: MEDICAMENTOS ✓

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 673,957,155.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 313,215,401.00

SALDO DE APROPIACION : 987,172,556.00

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 ALIMENTO DE USO NUTRICIONAL ESPECIAL
PARA PACIENTES DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 1,721,952.00 ✓

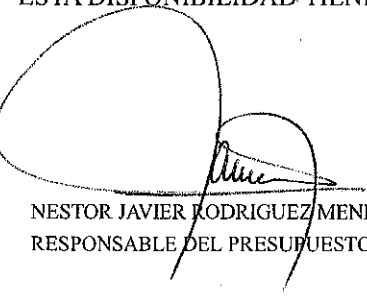
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,721,952.00

UN MILLON SETECIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 673,957,155.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 311,493,449.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (19) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

☐ Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: Nov. 09 de 2017
 Fecha de Recibido d/m/a:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante: ANGELA MARIA CABAL PEREZ
 Proceso: NUTRICION

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES NECESARIOS PARA GARANTIZAR EL SOPORTE NUTRICIONAL DE PACIENTES REQUISITO DE HABILITACION, CON EL FIN DE MANTENER O RECUPERAR EL ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL COMO PARTE DEL CUIDADO INTEGRAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL Y UCI DE ADULTOS DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	formula lactea para prematuros liquida 24 calorías		frasco 60 cc		liquida		
2	formula lactea para prematuros en polvo 22 calorías		latax 400 grs				
3	formula lactea de inicio en polvo		latax 900 grs				
4	formula lactea de continuacion en polvo		latax 900 grs				
5	formula infantil hipocalorica con proteina extensamente hidrolizada (elemental)		latax 400 grs				
6	formula lactea antireflujo en polvo		latax 400 grs				
7	formula infantil hipocalorica en polvo para condiciones de malabsorcion (semelemental)		latax 400 grs				
8	formula infantil sin lactosa en polvo		latax 400 grs				
9	alimento liquido completo y balanceado para niños en crecimiento		RPB x 237 cc				
10	alimento liquido con carbohidratos de digestion lenta		RPB x 237 cc				
11	alimento liquido para paciente adulto con requerimientos aumentados en calorías y nitrógeno		RPB x 237 cc				
12	Nutricion enteral liquida para enfermedad renal, sin diálisis		frasco 237cc				
13	Nutricion enteral liquida para enfermedad renal, con diálisis		frasco 237cc				
14	alimento completo hiperproteico densamente calorico para pacientes con restricción de volumen		RPB x 125 cc				
15	alimento hiperproteico densamente calorico con HMB para adulto mayor desnutrido		RPB x 220 cc				
16	Nutrición oligomérica especializada con inmunomoduladores y arginina para pacientes con estrés metabólico 1.3 kcal/ ml		LPCx 1000 cc				
17	Nutrición polimérica líquida isotónica completa, balanceada con fibra, para un tránsito intestinal adecuado		LPC x 500 cc				
18	Alimento de uso nutricional especial para enfermedad hepática		sobre				

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO x

2368
 24/11/17
 3:20 PM
 27-11-17

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y OBSERVACIONES DE LOS PRODUCTOS. PRESENTAR FICHA TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS, SE DEBERÁ GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO SANITARIO INVIMA. PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS DEBERÁN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.

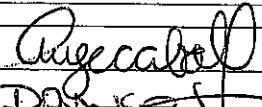
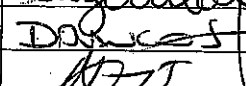
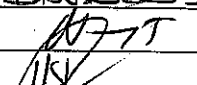
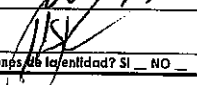
EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LAS SUBSANACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA JURÍDICO, TÉCNICO Y FINANCIERO A LAS QUE HUBIERA LUGAR.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. GARANTIZAR EL DESPACHO DE LOS PRODUCTOS NUTRICIONALES Y FORMULAS LACTEAS REQUERIDOS 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 Y/O VENCIDOS. 3. GARANTIZAR QUE EL TIPO DE MATERIAL Y CALIDAD DEL EMPAQUE SEAN LOS ADECUADOS PARA PROTEGER EL LOS PRODUCTOS NUTRICIONALES Y FORMULAS LACTEAS EN LAS CONDICIONES EXTREMAS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD, ASÍ COMO PARA SU TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO. ESTAS CONDICIONES SERÁN REQUISITO PARA SU ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN. 4. GESTIONAR EL CAMBIO DE LOS PRODUCTOS PRÓXIMOS A VENCER O DE BAJA ROTACIÓN PREVIA NOTIFICACIÓN POR PARTE DE LA SUBRED CON TRES (3) MESES DE ANTECIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO, DICHO CAMBIO SE DEBE REALIZAR POR PARTE DEL PROVEEDOR ANTES DE QUE SE CUMPLA LA FECHA DE VENCIMIENTO. 5. GARANTIZAR QUE SE REALICE LA REPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED. 6. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES DE LOS PRODUCTOS OFRECIDOS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 7. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS. 8. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 9. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 10. 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. 11. 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. 12. 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. 13. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE. 14. 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 Corporativo y/o de Servicios de Salud:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y firma Gerente:	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:

[illegible]

ELABORADO POR

Firma:

Nombre: _____

Caregiver:

Fecha Elaboración d/m/a

NOVIEMBRE 09 DE 2017