

 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. 091-2018

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
--------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica
1	AGUA ESTERIL PARA INYECCIÓN 500 ML	BOLSA	A DEMANDA	1.440	
2	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA		40.000	
3	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 1000 ML	BOLSA		160	
4	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 100 ML	BOLSA		7.120	
5	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 50 mL	BOLSA		100	
6	DEXTROSA 10% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA		500	
7	DEXTROSA 5% EN SOLUCION SOLUCION SALINA 500 ML	BOLSA		40	
8	DEXTROSA 5% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA		2.000	
9	DEXTROSA 50% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA		40	
10	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 1000 ML	BOLSA		200	
11	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 3000 ML	BOLSA		120	
12	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA		19.000	
13	MANITOL 20% 500 ML SOLUCION PARENTERAL	BOLSA		40	
14	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 250 ML	BOLSA		500	
15	SOLUCION PARA IRRIGACION UROLOGICA GLICINA 1.5% BOLSA X 300ML	BOLSA		240	
16	AGUA ESTERIL PARA IRRIGACION BOLSA 3000 ML	BOLSA		120	
17	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 2.5% 2000 ML	BOLSA		30	
18	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 4.25 % 2000 ML	BOLSA		10	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	09 DE MAYO DE 2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	FECHA: 10 DE MAYO DE 2018 HORA: 4:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 3 CENTRAL DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICO, TÉCNICO Y ECONÓMICO DE LAS PROPUESTAS	DESDE EL 11 DE MAYO DE 2018
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIÓN	15 DE MAYO DE 2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	16 DE MAYO DE 2018

Documentos soportes que debe anexar el proponente	1. ROTULACIÓN DEL SOBRE DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). JURÍDICOS: 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. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS). 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT - 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: EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: 1. REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA. EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES NOVENTA (90) DÍAS DEBERÁ PRESENTARSE EL DOCUMENTO QUE SOPORTE EL TRÁMITE DE RENOVACIÓN DEL MISMO. 2. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE. APLICA PARA LOS PROPONENTES FABRICANTES.
--	---

8

 Ministerio de Salud 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. 091-2018

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
---------------------------	--

	3. CARTA DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EXPEDIDO POR EL LABORATORIO DEL QUE OFRECE LOS PRODUCTOS. APLICA PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR SU OFERTA MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DEL DOCUMENTO DENOMINADO ANEXO No. 1 (ARCHIVO EN FORMATO EXCEL).ADICIONAL EL OFERENTE DEBE PRESENTAR SU OFERTA EN FÍSICO Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL. 2.LAS OFERTAS DEBERÁN AJUSTARSE A LAS CANTIDADES SEÑALADAS ANEXO N° 01 DEBIDAMENTE TOTALIZADO 3.EL OFERENTE DEBERÁ COTIZAR EL 100% DE LOS INSUMOS REQUERIDOS EN LA INVITACIÓN.
--	---

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. 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 JURIDICOS Y TÉCNICOS.

Créditos 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. 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	\$ 100.000.000	No.	1029
Rubro Presupuestal	MEDICAMENTOS	Fecha del CDP	02/05/2018

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. * DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) 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 ; comprasrednorte4@gmail.com Teléfonos: 3499080 ext. 102 - 3012120144
--------------------------	---

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

ANEXO No. 1
OFERTA ECONÓMICA
INVITACIÓN A COTIZAR No. 091 - 2018
OBJETO: SUMINISTRO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

LOGO DE LA EMPRESA
PROponente

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Consumo promedio mensual	Código Único de Medicamento CUM	No. Registro Sanitario INVIMA	OFERTA ECONÓMICA			
						Fecha de vencimiento Registro Sanitario INVIMA	Valor Unitario	Valor IVA	Valor Total Unitario
1	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCION 500 ML	BOLSA	1.440						
2	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA	40.000						
3	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 1000 ML	BOLSA	160						
4	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 100 ML	BOLSA	7.120						
5	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 50 ML	BOLSA	100						
6	DEXTROSA 10% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA	500						
7	DEXTROSA 5% EN SOLUCION SOLUCION SALINA 500 ML	BOLSA	40						
8	DEXTROSA 5% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA	2.000						
9	DEXTROSA 50% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA	40						
10	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 1000 ML	BOLSA	200						
11	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 3000 ML	BOLSA	120						
12	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 500 ML	BOLSA	19.000						
13	MANITOL 20% 500 ML SOLUCION PARENTERAL	BOLSA	40						
14	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 250 ML	BOLSA	500						
15	SOLUCION PARA IRRIGACION UROLOGICA GLICINA 1.5% BOLSA X 300ML	BOLSA	240						
16	AGUA ESTÉRIL PARA IRRIGACION BOLSA 3000 ML	BOLSA	120						
17	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 2.5% 2000 ML	BOLSA	30						
18	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 4.25 % 2000 ML	BOLSA	10						
VALOR TOTAL									

Firma Representante Legal Empresa proponente
Nombre Representante Legal Empresa proponente
Nombre Empresa proponente
Número NIT Empresa proponente

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
comprasrednorte@gmail.com; comprasrednorte4@gmail.com
Bogotá D.C.

Referencia: PROCESO DE SELECCIÓN INVITACIÓN A COTIZAR No. 091 – 2018 PARA LA CONTRATACIÓN DEL “SUMINISTRO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES 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. 3
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 **INVITACIÓN A COTIZAR No. 091 - 2018**, cuyo objeto consiste en el "SUMINISTRO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 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. 4
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 1 Correspondencia
Bogotá D.C.

Referencia: PROCESO DE SELECCIÓN **INVITACIÓN A COTIZAR No. 091 – 2018** PARA LA CONTRATACIÓN DEL “SUMINISTRO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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.

 Ministerio de Salud 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	03/05/2018	Fecha de Recibido d/m/a	
---------------------------------	-------------------	--------------------------------	--

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ
Proceso:	SERVICIO FARMACEUTICO

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Se realiza solicitud a fin de dar cumplimiento a las necesidades terapeuticas para garantizar la vida y atencion de los pacientes atendidos en cada una de las sedes asistenciales de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	**PC
1	AGUA ESTERIL PARA INYECCION 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	1,500			
2	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	40,000			
3	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 1000 ML	A DEMANDA	BOLSA	200			
4	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 100 ML	A DEMANDA	BOLSA	8,000			
5	CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 50 mL	A DEMANDA	BOLSA	100			
6	DEXTROSA 10% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	500			
7	DEXTROSA 5% EN SOLUCION SOLUCION SALINA 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	40			
8	DEXTROSA 5% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	2,000			
9	DEXTROSA 50% SOLUCION PARENTERAL 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	40			
10	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 1000 ML	A DEMANDA	BOLSA	200			
11	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 3000 ML	A DEMANDA	BOLSA	120			
12	LACTATO DE RINGER SOLUCION PARENTERAL 500 ML	A DEMANDA	BOLSA	19,000			
13	MANITOL 20% 500 ML SOLUCION PARENTERAL	A DEMANDA	BOLSA	40			
14	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION PARENTERAL 250 ML	A DEMANDA	BOLSA	500			
15	SOLUCION PARA IRRIGACION UROLOGICA GLICINA 1.5% BOLSA X 300ML	A DEMANDA	BOLSA	240			
16	AGUA ESTERIL PARA IRRIGACION BOLSA 3000 ML	A DEMANDA	BOLSA	120			
17	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 2.5% 2000 ML	A DEMANDA	BOLSA	30			
18	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 4.25 % 2000 ML	A DEMANDA	BOLSA	10			

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI NO

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

- 1-Se debera garantizar que los productos ofertados cuenten con Registro Invima, en caso de vencimiento dentro de los siguientes 90 dias debera presentarse el tramite de renovacion del mismo.
- 2-Los fabricantes de medicamentos deberan presentar certificado de Buenas Practicas de Manufactura Vigente.
- 3- Se deberan presentar los documentos tecnicos que permitan verificar el funcionamiento legal del establecimiento acorde con su naturaleza.
- 4-Para distribuidores deberan presentar cartas de distribuidor autorizado por el laboratorio que ofrece los productos.
- 5- Los items ofertados deberan corresponder a los principios activos, concentraciones, formas farmaceuticas y presentaciones solicitadas, se calificaran como NO HABILITADOS, las SUSTITUCIONES que a modo propio realice el oferente a los items, en caso de suceder esta sustitucion el oferente en caso de ser habilitado debera cumplir con el item solicitado.
- 6-El oferente debera remitir la informacion tecnica acorde con la matriz suministrada durante el proceso en medio magnetico la informacion de REGISTRO INVIMA, FECHA DE VENCIMIENTO DEL REGISTRO Y CUM en una estructura valida que permita la verificación por medio del aplicativo COMPROBACION DE CUM del INVIMA, los items que no permitan esta verificación serán calificados como NO HABILITADOS
- 9- Se debera presentar constancia de inscripcion a la Red Nacional de Farmacovigilancia

03-05-18
881
1 de 2

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

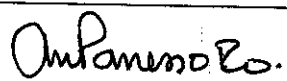
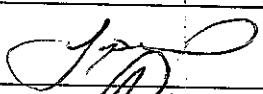
GENERALES:

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 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. 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. PARA PRODUCTOS QUE APLIQUE BONIFICACION, SE DEBERA INDICAR SU VALOR ANTES Y DESPUES A LA APLICACION DE LA BONIFICACION, EL OFERENTE DEBE INDICAR LA FORMA Y LA DOCUMENTACION CON LA CUAL SE HARA LA ENTREGA DE LA CITADA BONIFICACION.
9. 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.

ESPECIFICAS:

- 1) Realizar las entregas en los sitios y horarios establecidos por el supervisor del contrato.
- 2) Los medicamentos solicitados deberán ser dispensados dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud efectuada por la Subred Norte. Sin embargo el supervisor podrá establecer un listado de aquellos medicamentos que pueden ser considerados urgentes vitales los cuales deben ser entregados en un periodo máximos de seis (6) horas, sin importar su nivel de rotación.
- 3) El oferente debera garantizar la suficiencia de los items ofertados, a fin de dar cumplimiento al contrato
- 4) El oferente entregara las fichas tecnicas de los medicamentos con informacion relevante, especialmente la relacionada con las condiciones de almacenamiento y estabilidad.
- 5) El contratista se compromete a cambiar los medicamentos cuya fecha de expiración sea igual o menor a tres, (3) meses, una vez haya sido notificado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación, aun cuando los contratos celebrados con la ESE cumplan su vigencia y/o vencimiento.
- 6) Los productos deben cumplir con las especificaciones de las farmacopeas oficiales y demás disposiciones vigentes del Ministerio de la Protección Social. Así mismo, deben garantizar la seguridad, calidad, eficacia y estabilidad durante todo el periodo de vida útil. Si el producto no es oficial en ninguna farmacopea, se deben indicar las especificaciones del fabricante para materia prima y producto terminado, así como las técnicas de análisis.
- 7) Suministrar los medicamentos objeto de este contrato para los cuales se establece que la fecha de vencimiento de los medicamentos no podrán ser inferior a un año (1) ó el 75% de la vida útil, al momento de la recepción técnica del insumo en la institución, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante quien debe asegurarlo hasta entregar los medicamentos en la ESE, si es a través de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento.
- 8) Realizar la reposición de los medicamentos que resultaren deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación, de cuyo reporte le haga el Hospital-Servicios farmacéuticos hasta setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción del producto, debiendo proceder a dicha reposición dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al mismo. En caso de urgencias vitales, el cambio deberá ser de manera inmediata.
- 9) El contratista no podrá negarse a entregar los medicamentos aduciendo motivos de empaque o presentación de los mismos, además no podrá retrasar o cancelar las entregas por motivos de producción, baja oferta, baja demanda, escasez en el mercado, trámites aduaneros y/o de importación, licencias, vacaciones colectivas o variaciones en el precio de la oferta. En caso de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los medicamentos, el proveedor deberá realizar todas las gestiones necesarias para la concesión y entrega del medicamento a la Subred.
- 10) Garantizar que los medicamentos entregados estén marcados con el respectivo registro sanitario, lote, fecha de vencimiento, vía de administración, concentración y nombre del principio activo en el empaque primario y secundario de acuerdo a lo estipulado en el decreto 677 de abril de 1995.
- 11) Los medicamentos ofrecidos deben ser fabricados de conformidad con los requisitos exigidos en las Buenas Prácticas de manufactura y control de calidad y las normas legales y reglamentarias vigentes en la materia. Los productos importados deben cumplir con las normas de los artículos 72, 73 y 74 del Decreto 677 de 1995 del Ministerio de Salud.
- 12) Relacionar en la factura, el Código Único de Medicamento (CUM) asignado por el Invima por cada uno de los items ofrecidos, garantizando el respectivo expediente y consecutivo.
- 13) Todo producto deberá facturarse por unidad al costo de la propuesta presentada. En caso de cambios debido a regulación de precios, el contratista deberá informar y solicitar las modificaciones pertinentes a partir de la fecha de expedición de la norma y este cambio deberá ser reflejado en la factura correspondiente.
- 14) La subred Norte se abstendrá de solicitar medicamentos que hayan sido reportados ante el INVIMA por posibles fallos terapéuticos, efectos o reacciones adversas o defectos en la calidad del mismo, todo protocolizado dentro del Programa Nacional de Farmacovigilancia.

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

Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ L.	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS (e)	
	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:

ANÁLISIS DE RIESGOS

CÓDIGO : AP-CT-F-02-03

VERSIÓN : 3

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA : 11/10/2017

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTION DE LA CONTRATACION

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA												ESTIMACIÓN	ASIGNACION DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO
		Casilla de diligenciamiento						IMPACTO								
		4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1			
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escala solo una)												Generación automática	Generación automática	Generación automática
AMBIENTALES:	No adopción de la normatividad de manejo de postconsumo de medicamentos	4										2			MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
DE LA NATURALEZA:	Ocurrencia de eventos definidos como catastróficos				1	4									MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
REGULATORIO:	Cambio en tarifas por directrices de la Comisión Nacional de Precios y Ministerio de Protección Social, o tarifas por variaciones en TRM que afectan factores tales como importaciones y materias primas		3									2			MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
OPERACIONAL:	cambio en la estructura organizacional de la entidad, cambio en la especificación técnica del producto recibido. Productos con fecha de vencimiento corta que pueda llegar a vencerse.		3									3			MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
FINANCIERO:	Cambios en los valores de los productos contratados dado su momento de producción, falta de liquidez al momento de ejecutar la compra.	4				4									ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA
TECNOLÓGICO:	No disponibilidad de producto por situaciones coyunturales que afecten la oportunidad en la atención		3									3			MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE

Elaborado por

Andrés E.

GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ

PROFESIONAL ESPECIALIZADO - DIR. ADMINISTRATIVA

04/05/2018