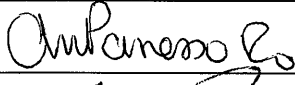
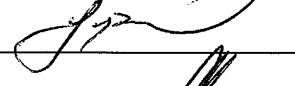
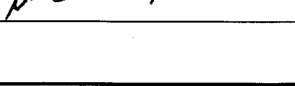
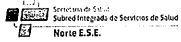


		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS				CÓDIGO : AP-CT-F-01-05	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSIÓN : 5	
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				PÁGINA : 1 DE 2	
						FECHA : 12/08/2018	
Fecha de Solicitud D/M/A		2018/09/20		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ					
Proceso:		DIRECCION ADMINISTRATIVA					
Correo Electrónico y teléfono		contratosmdtosymdx@subrednorte.gov.co cel-3003238050					
PAA() PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO			DIRECCION ADMINISTRATIVA		
OBJETO A CONTRATAR							
Suministro Integral de terapia de Presion Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Esta solicitud tiene como fin garantizar la atencion a los pacientes que requieran manejo de heridas con sistema de presion negativa en las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Terapia Integral de presion negativa							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Dispositivo (Bomba) generadora de presion negativa que permita flujo intermitente o continuo	A demanda	Unidad		Apoyo tecnologico compatible con la terapia ofertada	Se debe suscribir contrato de COMODATO ACORDE CON LA TERAPIA OFERTADA	
2	TERAPIA INTEGRAL CON Apositos o kit en espuma de diferentes tamaños						
2.1	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA	10	UNIDAD	A DEMANDA			
2.2	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA	20	UNIDAD	A DEMANDA			
2.3	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA	10	UNIDAD	A DEMANDA			
2.4	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA	10	UNIDAD	A DEMANDA			
2.5	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA			
2.6	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA			
2.7	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA			
2.8	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA			
2.9	APOSITO ABDOMINALSENCILLO ESPUMA	5	UNIDAD	A DEMANDA			
2.10	APOSITO ABDOMINALFENESTRADO EXTRAGRANDE	10	UNIDAD	A DEMANDA			
2.11	CANISTER 1000CC	20	UNIDAD	A DEMANDA			
2.12	TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y	10	UNIDAD	A DEMANDA			
2.13	ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA						
3	TERAPIA INTEGRAL CON Aposito de Gasa de diferentes tamaños						
3.1	APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL)	5	UNIDAD	A DEMANDA			
3.2	APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM)	5	UNIDAD	A DEMANDA			
3.3	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE)	5	UNIDAD	A DEMANDA			

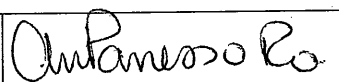
24.09.18
 1735
 14.11

3.4	APOSITO EN GASA TALLA XL(XLARGE)	5	UNIDAD	A DEMANDA				
3.5	APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA				
3.6	APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA				
3.7	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA				
3.8	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA	5	UNIDAD	A DEMANDA				
3.9	APOSITO ABDOMINAL SENCILLO GASA	5	UNIDAD	A DEMANDA				
3.10	CANISTER 1000CC	10	UNIDAD	A DEMANDA				
3.11	TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y	10	UNIDAD	A DEMANDA				
3.12	ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA							
4	TERAPIA INTEGRAL CON Aposito para heridas abdominales y vicerias expuestas							
4.1	SISTEMA ABDOMINAL CON DOBLE CAPA SILICONADA DE PROTECCION VISERAL FENESTRADA Y ESPONJA ENCAPSULADA EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA	10	UNIDAD	A DEMANDA				
4.2	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA S (SMALL) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA	3	UNIDAD	A DEMANDA				
4.3	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA L (LARGE) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA	3	UNIDAD	A DEMANDA				
4.4	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO S(SMALL) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL	2	UNIDAD	A DEMANDA				
4.5	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO L(LARGE) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL	2	UNIDAD	A DEMANDA				
4.6	CANISTER 1000CC	20	UNIDAD	A DEMANDA				
4.7	ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA							
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO ____								
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR								
*LOS OFERENTES DEBERAN CONTAR CON CERTIFICACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS CCBPM Ó CONCEPTO TECNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS). *LOS OFERENTES DEBERAN DOCUMENTAR LA INSCRIPCION AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA. *REGISTRO INVIMA PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS O CERTIFICADO DE NO REQUIERE PARA AQUELLOS QUE NO ESTEN AMPARADOS POR EL REGIMEN DE REGISTRO. TODAS LAS TERAPIAS DEBEN CONTAR CON APOYO TECNOLÓGICO DE BOMBA PARA PRESION NEGATIVA, ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE PARA EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA Y LOS CANISTER QUE SEAN COMPATIBLES CON LA BOMBA DE VACIO								
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA								
TÉCNICOS			ECONÓMICOS			OTROS		CUALES:

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA				
SI		NO		
GARANTIAS DEL CONTRATO				
Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares
☐	☒	☒	☐	☐
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos , Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos
☐	☒	☐	☒	☐
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. 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.				
ESPECÍFICAS: 1) Realizar las entregas en los sitios y horarios establecidos por el supervisor del contrato. 2) Los insumos solicitados deberán ser dispensados maximo dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud efectuada por la Subred Norte. 3) El contratista se compromete a cambiar los insumos 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. 4) Suministrar los insumos objeto de este contrato para los cuales se establece que la fecha de vencimiento de los insumos 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 asegurarse hasta entregar los insumos en la ESE, si es a través de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento. 5) Realizar la reposición de los insumos que resultaren deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación, de cuyo reporte le haga la Subred hasta setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción del producto. 6) Garantizar que los insumos entregados estén marcados con el respectivo registro sanitario, lote, fecha de vencimiento en el empaque primario de acuerdo a lo estipulado en el decreto 677 de abril de 1995. 7) Los insumos 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. 8) La subred Norte se tendrá la potestad de solicitar el cambio o aclaración frente a insumos que hayan sido reportados por el INVIMA con alertas de tecnovigilancia. Deberá aportar el nombre y contacto del referente del programa de tecnovigilancia con el fin de realizar los reportes o sucesos que se puedan relacionar con el uso de los dispositivos medicos adjudicados				
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)				
2 MESES				
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA				
1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.				
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ		
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	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		
Observaciones:				

	ANÁLISIS DE RIESGOS	CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA				
		ALTA	BAJA			ALTA	BAJA						
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros									0			Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciamientos entre otros	4				4					ALTO - MITIGARLO	TRATANTE Y CONTRA	Respalda las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato		3					2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros				1	4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras	4						2		6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ
Correo Electrónico	contratosmdtosymdx@subrednorte.gov.co
Cargo:	Profesional especializado- Direccion administrativa
Fecha Elaboración d/m/a	2018/09/20

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Septiembre 25 De 2018

CDP. No. 2004

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.....: 232102010200000000000002

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020102

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS✓

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 2,014,983,880.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 930,566,978.00

SALDO DE APROPIACION : 2,945,550,858.00

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 PRESION NEGATIVA -VAC PARA PACIENTES

DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 120,000,000.00✓

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 120,000,000.00

CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

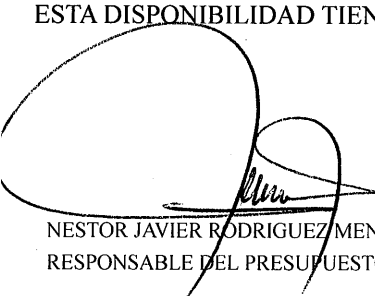
SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE

DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 2,014,983,880.00

S CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 810,566,978.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (98) 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.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 158-2018

OBJETO A CONTRATAR	Suministro Integral de terapia de Presion Negativa para las Unidades 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	Dispositivo (Bomba) generadora de presion negativa que permita flujo intermitente o continuo	UNIDAD	A demanda	Apoyo tecnologico compatible con la terapia ofertada. Se debe suscribir contrato de COMODATO ACORDE CON LA TERAPIA OFERTADA.
2	TERAPIA INTEGRAL CON Apositos o kit en espuma de diferentes tamaños			
2.1	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA	UNIDAD	10	
2.2	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA	UNIDAD	20	
2.3	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA	UNIDAD	10	
2.4	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA	UNIDAD	10	
2.5	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
2.6	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
2.7	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
2.8	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
2.9	APOSITO ABDOMINALSENCILLO ESPUMA	UNIDAD	5	
2.10	APOSITO ABDOMINALFENESTRADO EXTRAGRANDE	UNIDAD	10	
2.11	CANISTER 1000CC	UNIDAD	20	
2.12	TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y	UNIDAD	10	
2.13	ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA			
3	TERAPIA INTEGRAL CON Aposito de Gasa de diferentes tamaños			
3.1	APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL)	UNIDAD	5	
3.2	APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM)	UNIDAD	5	
3.3	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE)	UNIDAD	5	
3.4	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE)	UNIDAD	5	
3.5	APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
3.6	APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
3.7	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
3.8	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA	UNIDAD	5	
3.9	APOSITO ABDOMINALSENCILLO GASA	UNIDAD	5	
3.10	CANISTER 1000CC	UNIDAD	10	
3.11	TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y	UNIDAD	10	
3.12	ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA			
4	TERAPIA INTEGRAL CON Aposito para heridas abdominales y viceras expuestas			
4.1	SISTEMA ABDOMINAL CON DOBLE CAPA SILICONADA DE PROTECCION VISERAL FENESTRADA Y ESPONJA ENCAPSULADA EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA	UNIDAD	10	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 158-2018

OBJETO A CONTRATAR	Suministro Integral de terapia de Presion Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
---------------------------	---

4.2	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA S (SMALL) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA	UNIDAD	3	
4.3	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA L (LARGE) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA	UNIDAD	3	
4.4	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO S(SMALL) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL	UNIDAD	2	
4.5	APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO L(LARGE) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL	UNIDAD	2	
4.6	CANISTER 1000CC	UNIDAD	20	
4.7	ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA			

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	27/09/2018
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	Fecha: 01/10/2018 Hora: HASTA LAS 3:00 PM Lugar: Calle 66 No 15 - 41 Piso 1 - Oficina de Correspondencia Se debe entregar Propuesta una (1) Original y una (1) Copia en medio magnético.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 02/10/2018 Y EL 04/10/2018
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	04/10/2018
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES	05/10/2018 HASTA LA 1:00 PM
RESPUESTA A OBSERVACIONES	05/10/2018
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES

 Documentos soporte 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 APORTE PARAFISCALES (MODELO 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) 5. REGISTRO UNICO DE PROponentES - RUP (DEL 2018 CON INFORMACIÓN FINANCIERA DEL AÑO 2017) 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL 9. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 110. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 13. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 14. CERTIFICACIÓN BANCARIA TÉCNICOS: 1. PRESENTAR CERTIFICACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM Ó CONCEPTO TÉCNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS). 2. PRESENTAR LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA.
--	---

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 158-2018

OBJETO A CONTRATAR	Suministro Integral de terapia de Presion Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
---------------------------	---

	3. PRESENTAR REGISTRO INVIMA PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS O CERTIFICADO DE NO REQUIERE PARA AQUELLOS QUE NO ESTEN AMPARADOS POR EL REGIMEN DE REGISTRO. ECONÓMICOS: PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. EL CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.
--	---

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE Y/O CALIFICACIÓN
Económicos	MENOR VALOR Y/O CALIFICACIÓN SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR Y EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

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. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.
-------------------------------	--

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN	
---	--

Valor	\$ 120.000.000	No.	2004
Rubro Presupuestal	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	Fecha del CDP	23/09/2018

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	2 MESES
----------------------	--	---------------------------	---------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS	
--	--

Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
-------------------------	---

Garantías de exigibilidad	A) DE SERIEDAD DE LA OFERTA: EN LAS OFERTAS CUYA CUANTÍA SEA IGUAL O SUPERIOR A 150 S.M.M.L.V., EL OFERENTE DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE PRESENTEN EN CASO DE QUE EL SELECCIONADO NO SE ALLANE A LA CELEBRACIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DE LA PROPUESTA Y TENDRÁ UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO PARA LA ACEPTACIÓN O SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.
	B) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR 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 TRES (3) MESES MÁS.
	C) 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.
	D) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.

Generales:	1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
-------------------	--

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 158-2018

OBJETO A CONTRATAR	Suministro Integral de terapia de Presion Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
---------------------------	---

Obligaciones del Contratista	3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN 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. 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. 8. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 9. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
	ESPECÍFICAS 1) Realizar las entregas en los sitios y horarios establecidos por el supervisor del contrato. 2) Los insumos solicitados deberán ser dispensados maximo dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud efectuada por la Subred Norte. 3) El contratista se compromete a cambiar los insumos 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. 4) Suministrar los insumos objeto de este contrato para los cuales se establece que la fecha de vencimiento de los insumos 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 asegurarlas hasta entregar los insumos en la ESE, si es a través de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento. 5) Realizar la reposición de los insumos que resultaren deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación, de cuyo reporte le haga la Subred hasta setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción del producto. 6) Garantizar que los insumos entregados estén marcados con el respectivo registro sanitario, lote, fecha de vencimiento en el empaque primario de acuerdo a lo estipulado en el decreto 677 de abril de 1995. 7) Los insumos 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. 8) La subred Norte se tendra la potestad de solicitar el cambio o aclaracion frente a insumos que hayan sido reportados por el INVIMA con alertas de tecnovigilancia. Debera aportar el nombre y contacto del referente del programa de tecnovigilancia con el fin de realizar los reportes o sucesos que se puedan relacionar con el uso de los dispositivos medicos adjudicados

ACLARACIONES	
El oferente podrá remitir sus observaciones al siguiente correo: comprasrednorte1@gmail.com Teléfono: 3499080 ext. 102	

ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes: ANEXO 1: ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN. ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 3: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES. ANEXO 4: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.
---------------	---

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

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia

Bogotá D.C

REFERENCIA: Propuesta para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente a "Suministro Integral de terapia de Presión Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."

La presente propuesta contiene la siguiente información:

ORIGINAL Nro. Folios _____

COPIA Nro. Folios _____

ANEXOS Nro. Folios _____

MEDIOS MAGNÉTICOS _____

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia

Bogotá D.C

REFERENCIA: Propuesta para la "La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente a "Suministro Integral de terapia de Presión Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.".

El suscrito _____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Jurídica y/o Consorcio / Unión Temporal) presento la siguiente propuesta dentro del asunto en referencia y declaro que:

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponden a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito comprometo a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Valor de la Oferta (letras y Números):

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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 de los últimos seis (6) meses 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

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 este registrado en la Cámara de Comercio. Para las Empresas con menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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)