

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

INVITACIÓN A COTIZAR No. 005-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA (OBC) CON EXPERIENCIA EN CAPTACIÓN DE POBLACIÓN LGTBI ESPECIALMENTE HSH Y MUJERES TRANS PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH SEGÚN CONVENIO SUSCRITO CON FONADE NO 2171526 PARA LA ZONA NORTE (USAQUEN, TEUSAQUILLO, CHAPINERO, BARRIOS UNIDOS, ENGATIVÁ Y SUBA).
--------------------	---

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA	EQUIPO	1	Grupo de personas con experiencia en el abordaje y convocatoria de población LGTBI, con capacidad técnica en procesos de información, comunicación y educación de dicha población, de acuerdo con las especificaciones técnicas del Anexo

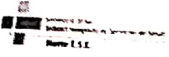
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	22 DE ENERO DE 2019
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	25 DE ENERO DE 2019 Hora: 11:00 AM Plataforma SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS Plataforma SECOP II	25 DE ENERO DE 2019 Hora: 11:05 AM
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	25 DE ENERO DE 2019 AL 28 DE ENERO DE 2019
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	29 DE ENERO DE 2019
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

*Nota: Todas las observaciones y/o aclaraciones por medio de mensaje Público en el proceso de la invitación en la plataforma SECOP II.

Documentos soportes que debe anexar al proponente	JURÍDICOS: 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (30) DÍAS). 4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT - 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT - 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL. 7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. 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.). 12. COPIA DE LA LIBRETA MILITAR. 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA. 14. FORMATO ET-CA-FT-022 - FORMULARIO CONOCIMIENTO DE CLIENTE O CONTRAPARTE - SARLAF PERSONA JURÍDICA, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA N° 009 DE 2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. (ANEXO N° 6) 15. FORMATO ET-CA-FT-011 - FORMULARIO CONOCIMIENTO DE CLIENTE O CONTRAPARTE - SARLAF PERSONA NATURAL, REPRESENTANTE LEGAL, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA N° 009 DE 2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. (ANEXO N° 7)
	TÉCNICOS: 1. CONTAR CON UN EQUIPO DE PERSONAS QUE DEMUESTREN EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DE LA POBLACIÓN LGTBI QUE PERMITA LA CAPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS PARA LO CUAL DEBERÁN ANEXAR EL LISTADO DE RECURSO HUMANO DESTINADO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL JUNTO CON LAS HOJAS DE VIDA QUE DENOTEN LA EXPERIENCIA EN ABORDAJE DE LA POBLACIÓN LGTBI Y LA CERTIFICACIÓN EN CONSEJERÍA PRETES Y POST TES, CONFORME AL ANEXO 1 2. PRESENTAR EL LISTADO DE INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES CON QUIENES TENGAN ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES PROPIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS JUNTO CON EL NUMERO POTENCIAL DE PERSONAS A CAPTAR EN CADA UNA DE ELLAS. 3. PRESENTAR EL PLAN DE TRABAJO A DESARROLLAR MES A MES CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y EL CUMPLIMIENTO DE LA META PROGRAMADA, JUNTO CON EL PLAN METODOLÓGICO PARA EL ABORDAJE DE LA POBLACIÓN OBJETO. 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. LA ADJUDICACIÓN SERÁ TOTAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO. LA EVALUACIÓN TAMBIÉN SE CALIFICARÁ CON UN PUNTAJE MÁXIMO DE CUATROCIENTOS (400) *VER CUADRO EVALUACIÓN TÉCNICA EN ANEXO 2
Económicos	SE TENDRÁ EN CUENTA LA PROPUESTA QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS Y TÉCNICOS EL OFERENTE DEBERÁ DISCRIMINAR EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL. 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. ADICIONALMENTE LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LA CALIFICACIÓN DE PRECIOS SERÁ APLICADA POR FORMULA MATEMÁTICA (REGLA DE TRES) DONDE EL MAYOR PUNTAJE LO OBTENDRÁ EL MENOR PRECIO DE LA OFERTA PARA LA SUBRED NORTE, OBTENDRÁ SEISCIENTOS (600) PUNTOS LA OFERTA DE MENOR VALOR Y EN FORMA INVERSAMENTE PROPORCIONAL LAS DEMÁS PROPUESTAS
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	\$	69.751.853	No. 86
Rubro Presupuestal	CONTRATACIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES		Fecha del CDP 16/01/2019

	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. 005-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA (OBC) CON EXPERIENCIA EN CAPTACIÓN DE POBLACIÓN LGTBI ESPECIALMENTE HSH Y MUJERES TRANS PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH SEGÚN CONVENIO SUSCRITO CON FONADE NO 2171526 PARA LA ZONA NORTE (USAQUÉN, TEUSAQUILLO, CHAPINERO, BARRIOS UNIDOS, ENGATIVÁ Y SUBA).
---------------------------	---

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	TRES (03) MESES
----------------------	---	---------------------------	-----------------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

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

Garantías	A) 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 CUATRO (4) MESES MÁS. B) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS. 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.
------------------	--

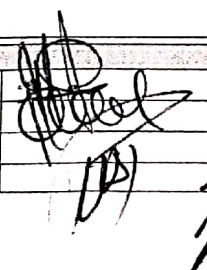
Obligaciones del Contratista	GENERALES: - CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - 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. - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS SOLICITADOS. - 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. - 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. - 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. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN - 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. - LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS - GARANTIZAR EL ACCESO DE LAS POBLACIONES A LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN, DIAGNOSTICO "PRUEBA RÁPIDA", ASESORIA Y CANALIZACIÓN DE LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE LAS POBLACIONES OBJETO. - UBICACION DE LOS EQUIPOS COMUNITARIOS CERCA DE LOS SITIOS DE HOMOSOCIALIZACIÓN, GARANTIZANDO QUE NO EXISTAN BARRERAS DE ORDEN SOCIAL, TÉCNICO O ECONOMICO. - REALIZACION DE FORMA INMEDIATA DE LA CONSEJERIA Y PRUEBA RÁPIDA PARA QUIEN LO REQUIERA SIN QUE MEDIE BARRERA ALGUNA. - EVITAR TODO TIPO DE ACTOS DISCRIMINATORIOS. - ADMINISTRAR Y SUMINISTRAR DE FORMA RESPONSABLE LOS INSUMOS DESTINADOS PARA LA PREVENCIÓN EN LA POBLACION OBJETO. - ENTREGAR DE FORMA PUNTUAL Y DE FORMA UNIFICADA LA PLANEACION DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMAS Y FICHAS TÉCNICAS), CON LOS RESPONSABLES DE CADA ACTIVIDAD Y LAS MODIFICACIONES DE ESTAS PLANEACIONES, CUANDO SE REQUIERAN SE DEBEN NOTIFICAR CON TIEMPO. - ENTREGAR DE FORMA PUNTUAL Y Y CON CALIDAD LOS INFORMES CUMPLIMIENTO DE METAS, SEMANAL DE INSUMOS, GENERACION DE PAGO Y LOS DEMAS QUE SE REQUIERAN POR PARTE DE LA INSTITUCION EN CABEZA DEL COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA. - ENTREGAR EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS SEGUN PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN, LOS INSTRUMENTOS DE CAPTURA DE INFORMACION PARA INGRESAR AL DIME. - ASISTIR PUNTUALMENTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR PARTE DE FONADE Y POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE - CUMPLIR CON LAS METAS ASIGNADAS PARA LA CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO PARA LA ENTREGA DE LOS KITS PREVENTIVOS Y TOMA DE PRUEBAS RÁPIDAS - LOS PAGOS SERAN REALIZADOS UNA VEZ SE INFORME Y CERTIFIQUE POR PARTE DEL SUPERVISOR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS
-------------------------------------	---

ACLARACIONES

En caso de aclaraciones	El oferente podrá remitir todas las observaciones y/o aclaraciones por medio de mensaje Público en el proceso de la invitación en la plataforma SECOP II
--------------------------------	--

ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 3 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA ANEXO 4 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 5 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES ANEXO 6 SARLAF PERSONA JURÍDICA ANEXO 7 SARLAF PERSONA NATURAL
---------------	---

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	CRISTIAN JULIAN URUEÑA TELLEZ	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	ALVARO DE JESÚS GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente (E):	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 16 De 2019

CDP. No.

86

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.....: 232010305010000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201030501

NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 134,202,405.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 57,989,453,289.00

SALDO DE APROPIACION : 58,123,655,694.00

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:CONTRATAR OBC PARA CAPTACION LGTBI PREVENCIÓN VIH
-FONADE

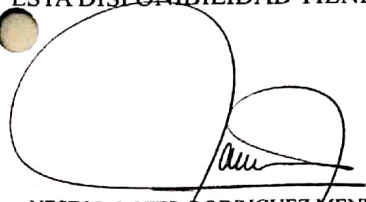
POR UN VALOR INICIAL DE : 69,751,853.00

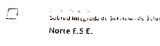
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 69,751,853.00

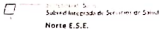
SESENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON
00/100 M/CTESOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 134,202,405.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 57,919,701,436.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

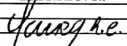

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	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 ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATANTE	Respaldo las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato									0			
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsible 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									0			
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									0			
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.									0			

	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 ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	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	

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	NANCY ESPERANZA RODRIGUEZ CARVAJAL
Correo Electrónico	subrednorteconveniofonade@gmail.com
Cargo:	COORDINADORA
Fecha Elaboración d/m/a	08/01/2019

REQUERIMIENTO GRUPO COMUNITARIO PARA CONVENIO FONADE No 2171526

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN TECNICA OBJETO DE LA CONTRATACION:

Se requiere contratar una OBC con experiencia en el abordaje comunitario de población LGTBI (hombres que tienen sexo con hombres y/o mujeres transgénero) en acciones de prevención de la transmisión del VIH según convenio suscrito con el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo FONADE No 2171526, con el fin de desarrollar las actividades en la ZONA NORTE: localidades de Usaqué, Teusaquillo, Chapinero, Engativá, Barrios Unidos y Suba con un alcance de 4900 paquetes educativos a personas únicas y con inducción efectiva de 4000 pruebas de tamizaje personas únicas.

RECURSO HUMANO cuadro de perfiles

Los proponentes deberán contar con un equipo de personas que como mínimo conste de:

PERSONAL REQUERIDO PAQUETES	CANTIDAD MÍNIMA ZONA 2
Coordinador de Campo OBC	1
Administrativo OBC	1
Líderes Comunitarios de la OBC	7 (cantidad proyecta a partir de metas programadas mes, alcance en promedio de 12 personas con paquetes al día por líder, 24 días de operación)

Coordinador encargado de liderar y articular las actividades programadas junto con el profesional delegado por la Subred Norte, que cuenta con el siguiente perfil:

CARGO: Coordinador de campo
EQUIPO BASE: Organización de base comunitaria
PERFIL MÍNIMO: Profesional universitario, con experiencia de 1 año en trabajo con comunidades y/o en desarrollo de actividades de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva.
RESPONSABILIDADES: 1. Coordinar acciones extramurales de campo 2. Identificar espacios donde confluye la población clave, para el desarrollo de actividades de promoción y prevención 3. Propiciar el trabajo en coordinación con la Subred para las acciones de prevención y la inducción efectiva a la prueba rápida de VIH en terreno 4. Desarrollar y entregar un mapeo de lugares, actores y OBC de campo de la zona asignada por el proyecto 5. Asistir a los espacios institucionales y comunitarios de la zona donde sea convocado, para trabajar en temas relacionados con VIH y poblaciones clave. 6. Participar en las actividades de planeación conjunta con la Subred 7. Preparar el informe de cierre mensual del abordaje directo con actividades de promoción, prevención y pruebas efectivas inducidas por el colectivo a los grupos de poblaciones priorizadas. 8. Realizar seguimiento permanente a la implementación del plan de trabajo. 9. Supervisar el cumplimiento de las metas pactadas en el contrato. 10. Identificar barreras operativas del proceso y diseñar estrategias que permitan la superación de estas para el logro de los objetivos. 11. Sostener reuniones semanales con la supervisión técnica del convenio. 12. Realizar mesas de trabajo con la supervisión técnica del convenio para la planeación de acciones en terreno y seguimiento a cronogramas. 13. Elaborar las fichas metodológicas para el desarrollo de actividades de promoción y prevención. 14. Realizar acompañamientos a las actividades en terreno desarrolladas por los equipos de trabajo, con el fin de verificar el cumplimiento de las fichas metodológicas y de los estándares de calidad. 15. Facilitar la divulgación de las acciones que se desarrollen en el marco del convenio 16. Identificar espacios y metodologías para el abordaje de las poblaciones clave. 17. Planificar encuentros de ciudadanía y servicios de escucha dirigidos a la prevención del VIH en la población priorizada. 18. Desarrollar espacios de fortalecimiento del talento humano. 19. Diseñar estrategias de comunicación que permitan la divulgación de las acciones de prevención dentro de la población clave. 20. Diseñar estrategias que permitan que las personas alcanzadas en actividades educativas sean inducidas efectivamente a la toma de la prueba rápida de VIH y sepan cómo acceder a ella.

Líderes comunitarios, que cuenta con el siguiente perfil:

CARGO: Líderes Comunitarios
EQUIPO BASE: Organización de base comunitaria
PERFIL MÍNIMO: Persona de la comunidad con experiencia de 1 año en actividades de alcance comunitario en VIH y que a su vez sea par de alguna de las poblaciones priorizadas del proyecto o que sea par de la condición de vivir con VIH.
RESPONSABILIDADES: 1. Realizar actividades de búsqueda activa de población priorizada para actividades de promoción, prevención e inducción efectiva a la prueba rápida de VIH 2. Entregar los paquetes del proyecto a las poblaciones clave y desarrollar las actividades educativas definidas en el convenio acorde a las fichas metodológicas. 3. Desarrollar proceso de demanda inducida efectiva a pruebas rápidas de VIH, de acuerdo a las metas establecidas en el contrato. 4. Elaborar plan de trabajo y elaborar el mapeo de actores comunitarios de forma articulada con la Subred. 5. Diligenciar y entregar los formatos de entrega de paquetes de prevención según cronograma acordado con la coordinadora del convenio 6. Facilitar la búsqueda de usuarios de difícil contacto en su comunidad para el acceso a la oferta de los servicios de prevención y a inducción efectiva a la prueba rápida de VIH 7. Garantizar que las personas alcanzadas puedan participar al menos 3 veces durante el año en las actividades de prevención. 8. Garantizar que los insumos entregados para el desarrollo de las actividades sean entregados a las poblaciones clave acorde a las fichas metodológicas.

Técnico administrativo que realice la administración y distribución de los recursos destinados por la Subred Norte, que cuenta con el siguiente perfil:

CARGO: Técnico Administrativo
EQUIPO BASE: Organización de base comunitaria.
PERFIL MÍNIMO: Técnico o tecnólogo en áreas administrativas. Con un año de experiencia en actividades administrativas.
RESPONSABILIDADES: 1. Realizar el control de inventarios e insumos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención. 2. Monitorear que el control de insumos guarde concordancia con las actividades registradas en el sistema de información DIME. 3. Apoyar al coordinador del convenio en todos los aspectos administrativos para el desarrollo de las actividades 4. Realizar la gestión documental del convenio. 5. Apoyar en los aspectos logísticos necesarios para el desarrollo de las actividades extramurales.

INSUMOS

El oferente deberá garantizar la custodia, conservación y adecuado manejo de insumos entregados por la Subred para el desarrollo de las actividades enmarcadas en el contrato para lo cual deberá contar con una bodega disponible

El oferente debe garantizar disponibilidad de todos los insumos requeridos para el desarrollo y abordaje de la población objeto, que permita realizar la entrega de paquetes educativos e inducción efectiva a tamizaje.

El oferente debe garantizar vehículo de transporte para sus equipos de trabajo, los insumos requeridos para el desarrollo de las actividades programadas y las carpas entregadas por la Subred integrada de Servicios de Salud Norte ESE, para el desarrollo de las actividades programadas de acuerdo con los cronogramas establecidos.

CRITERIOS DE OPORTUNIDAD

- Cumplimiento del cronograma establecido para el desarrollo de actividades.
- Entrega de informes en los tiempos establecidos con la calidad requerida y según requerimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.
- Asistencia a las reuniones de seguimiento establecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.
- Cumplimiento de línea técnica y operativa emitida por coordinador de convenio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

PLAZO DE EJECUCION,

El tiempo de ejecución establecido para el presente proceso contractual es de 3 meses, contados a partir del perfeccionamiento y legalización, o, plazo máximo 30 de abril 2019.

CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará de forma mensual de acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas para cada periodo y la certificación del cumplimiento de entrega de los respectivos informes, de la siguiente manera:

Zona Norte:

Entrega de Paquetes								
Mes	Cantidad			Costo unitario	Costo total entrega de paquetes	Incentivo por cumplimiento de obligaciones administrativas	Costo total por incentivo	Costo total
	HSH	MTRANS	Total					
FEBRERO	1440	20	1460	\$12.000	\$17.520.000	\$1.334	\$1.947.640	\$19.467.640
MARZO	1440	20	1460	\$12.000	\$17.520.000	\$1.334	\$1.947.640	\$19.467.640
ABRIL	1440	20	1460	\$12.000	\$17.520.000	\$1.334	\$1.947.640	\$19.467.640
TOTAL	4320	60	4380	\$12.000	\$52.560.000	\$1.334	\$5.842.920	\$58.402.920

Demanda Inducida Efectiva					
Mes	Cantidad			Costo demanda inducida	Costo total demanda inducida efectiva
	HSH	MTRANS	Total		
FEBRERO	1299	13	1333	\$1.664	\$2.218.112
MARZO	1299	13	1333	\$1.664	\$2.218.112
ABRIL	1298	14	1334	\$1.664	\$2.219.776
TOTAL	3896	40	4000	\$1.664	\$6.656.000

Las condiciones para el otorgamiento del incentivo por paquete entregado persona única por "Cumplimiento de las obligaciones Administrativas" son:

1. Entrega oportuna y con calidad de informes requeridos para el soporte del cumplimiento de las actividades.
2. Entrega oportuna de los cronogramas de actividades establecidos mensualmente.
3. Manejo adecuado de insumos entregados por la Subred para el desarrollo de las actividades.
4. Cumplimiento de cronogramas y reporte oportuno de reprogramaciones de actividades en campo.
5. Seguimiento de directrices dadas por la Subred
6. Cumplimiento de recurso humano mínimo necesario para abordaje en campo
7. Asistencia a espacios de interés convocados por la Subred.
8. Cumplimiento de la ejecución de las metas en la población Objeto estipulada (no se podrán ejecutar actividades en población no objeto.)

Lo anterior será soportado mediante procesos de auditoría a los soportes e informes entregados y las auditorías concurrentes en terreno que podrán ser desarrolladas por el Coordinador del Convenio de la Subred Norte o por el delegado del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo mediante el levantamiento de las respectivas actas.

ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACION Y ADJUDICACION DEL CONTRATO

La evaluación consiste en el análisis comparativo de las propuestas sobre los aspectos técnicos y económicos, con el fin de establecer entre las que cumplan con los requisitos exigidos en la presente invitación, la que resulte más favorable para la entidad y para los fines que busca:

CRITERIO	FUENTE DE VERIFICACION	CALIFICACIÓN
Evaluación Jurídica	Documentación Jurídica	Cumple o No cumple
Evaluación Financiera	Documentación financiera y cumplimiento de indicadores financieros	Cumple o No cumple
Evaluación Técnica	Ver cuadro Evaluación Técnica	400
Evaluación Económica	Anexo de propuesta económica	600
TOTAL		1000

ITEM	FACTORES DE EVALUACION TECNICA	PUNTOS
1	1. EXPERIENCIA DEL RECURSO HUMANO : 1 Coordinador : 40 puntos 1 Tecnico Administrativo : 20 puntos 7 Lideres comunitario: 20 puntos cada uno	200 puntos
2	2. CERTIFICACIONES DE ALIANZAS ESTRATEGICAS : Minimo se debe presentar 10 certificaciones donde se evidencie que se puede desarrollar el objeto de la convocatoria: 50 puntos Por cada 10 certificaciones adicionales :25 puntos (sin exceder el total de los puntos a obtener)	100
3	EXPERIENCIA ESPECIFICA EN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR: Minimo 2 años de experiencia especifica en las actividades a desarrollar: 50 puntos Por cada dos años adicionales de experiencia especifica en las actividades a desarrollar : 25 puntos. (sin exceder el total de los puntos a obtener)	100
4	PLAN DE TRABAJO	Cumple / No cumple
5	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	Cumple / No cumple

Se asignará el máximo puntaje el proponente que oferte mayor experiencia como empresa, talento humano (Sumatoria de las experiencias individuales).

ANEXO No. 3
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

comprasrednorte6@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 CONTRATAR UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA (OBC) CON EXPERIENCIA EN CAPTACIÓN DE POBLACIÓN LGTBI ESPECIALMENTE HSH Y MUJERES TRANS PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH SEGÚN CONVENIO SUSCRITO CON FONADE NO 2171526 PARA LA ZONA NORTE (USAQUÉN, TEUSAQUILLO, CHAPINERO, BARRIOS UNIDOS, ENGATIVÁ Y SUBA.

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.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces_____

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)

ANEXO NO. 5
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

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 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.

REQUERIMIENTO GRUPO COMUNITARIO PARA CONVENIO FONADE No 2171526

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN TECNICA OBJETO DE LA CONTRATACION:

Se requiere contratar una OBC con experiencia en el abordaje comunitario de población LGTBI (hombres que tienen sexo con hombres y/o mujeres transgénero) en acciones de prevención de la transmisión del VIH según convenio suscrito con el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo FONADE No 2171526, con el fin de desarrollar las actividades en la ZONA NORTE: localidades de Usaqué, Teusaquillo, Chapinero, Engativá, Barrios Unidos y Suba con un alcance de 4900 paquetes educativos a personas únicas y con inducción efectiva de 4000 pruebas de tamizaje personas únicas.

RECURSO HUMANO cuadro de perfiles

Los proponentes deberán contar con un equipo de personas que como mínimo conste de:

PERSONAL REQUERIDO PAQUETES	CANTIDAD MÍNIMA ZONA 2
Coordinador de Campo OBC	1
Administrativo OBC	1
Líderes Comunitarios de la OBC	7 (cantidad proyecta a partir de metas programadas mes, alcance en promedio de 12 personas con paquetes al día por líder, 24 días de operación)

Coordinador encargado de liderar y articular las actividades programadas junto con el profesional delegado por la Subred Norte, que cuenta con el siguiente perfil:

CARGO: Coordinador de campo
EQUIPO BASE: Organización de base comunitaria
PERFIL MÍNIMO: Profesional universitario, con experiencia de 1 año en trabajo con comunidades y/o en desarrollo de actividades de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva.
RESPONSABILIDADES: 1. Coordinar acciones extramurales de campo 2. Identificar espacios donde confluye la población clave, para el desarrollo de actividades de promoción y prevención 3. Propiciar el trabajo en coordinación con la Subred para las acciones de prevención y la inducción efectiva a la prueba rápida de VIH en terreno 4. Desarrollar y entregar un mapeo de lugares, actores y OBC de campo de la zona asignada por el proyecto 5. Asistir a los espacios institucionales y comunitarios de la zona donde sea convocado, para trabajar en temas relacionados con VIH y poblaciones clave. 6. Participar en las actividades de planeación conjunta con la Subred 7. Preparar el informe de cierre mensual del abordaje directo con actividades de promoción, prevención y pruebas efectivas inducidas por el colectivo a los grupos de poblaciones priorizadas. 8. Realizar seguimiento permanente a la implementación del plan de trabajo. 9. Supervisar el cumplimiento de las metas pactadas en el contrato. 10. Identificar barreras operativas del proceso y diseñar estrategias que permitan la superación de estas para el logro de los objetivos. 11. Sostener reuniones semanales con la supervisión técnica del convenio. 12. Realizar mesas de trabajo con la supervisión técnica del convenio para la planeación de acciones en terreno y seguimiento a cronogramas. 13. Elaborar las fichas metodológicas para el desarrollo de actividades de promoción y prevención. 14. Realizar acompañamientos a las actividades en terreno desarrolladas por los equipos de trabajo, con el fin de verificar el cumplimiento de las fichas metodológicas y de los estándares de calidad. 15. Facilitar la divulgación de las acciones que se desarrollen en el marco del convenio 16. Identificar espacios y metodologías para el abordaje de las poblaciones clave. 17. Planificar encuentros de ciudadanía y servicios de escucha dirigidos a la prevención del VIH en la población priorizada. 18. Desarrollar espacios de fortalecimiento del talento humano. 19. Diseñar estrategias de comunicación que permitan la divulgación de las acciones de prevención dentro de la población clave. 20. Diseñar estrategias que permitan que las personas alcanzadas en actividades educativas sean inducidas efectivamente a la toma de la prueba rápida de VIH y sepan cómo acceder a ella.

Líderes comunitarios, que cuenta con el siguiente perfil:

CARGO: Líderes Comunitarios
EQUIPO BASE: Organización de base comunitaria
PERFIL MÍNIMO: Persona de la comunidad con experiencia de 1 año en actividades de alcance comunitario en VIH y que a su vez sea par de alguna de las poblaciones priorizadas del proyecto o que sea par de la condición de vivir con VIH.
RESPONSABILIDADES: 1. Realizar actividades de búsqueda activa de población priorizada para actividades de promoción, prevención e inducción efectiva a la prueba rápida de VIH 2. Entregar los paquetes del proyecto a las poblaciones clave y desarrollar las actividades educativas definidas en el convenio acorde a las fichas metodológicas. 3. Desarrollar proceso de demanda inducida efectiva a pruebas rápidas de VIH, de acuerdo a las metas establecidas en el contrato. 4. Elaborar plan de trabajo y elaborar el mapeo de actores comunitarios de forma articulada con la Subred. 5. Diligenciar y entregar los formatos de entrega de paquetes de prevención según cronograma acordado con la coordinadora del convenio 6. Facilitar la búsqueda de usuarios de difícil contacto en su comunidad para el acceso a la oferta de los servicios de prevención y a inducción efectiva a la prueba rápida de VIH 7. Garantizar que las personas alcanzadas puedan participar al menos 3 veces durante el año en las actividades de prevención. 8. Garantizar que los insumos entregados para el desarrollo de las actividades sean entregados a las poblaciones clave acorde a las fichas metodológicas.

Técnico administrativo que realice la administración y distribución de los recursos destinados por la Subred Norte, que cuenta con el siguiente perfil:

CARGO: Técnico Administrativo
EQUIPO BASE: Organización de base comunitaria.
PERFIL MÍNIMO: Técnico o tecnólogo en áreas administrativas. Con un año de experiencia en actividades administrativas.
RESPONSABILIDADES: 1. Realizar el control de inventarios e insumos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención. 2. Monitorear que el control de insumos guarde concordancia con las actividades registradas en el sistema de información DIME. 3. Apoyar al coordinador del convenio en todos los aspectos administrativos para el desarrollo de las actividades 4. Realizar la gestión documental del convenio. 5. Apoyar en los aspectos logísticos necesarios para el desarrollo de las actividades extramurales.

INSUMOS

El oferente deberá garantizar la custodia, conservación y adecuado manejo de insumos entregados por la Subred para el desarrollo de las actividades enmarcadas en el contrato para lo cual deberá contar con una bodega disponible

El oferente debe garantizar disponibilidad de todos los insumos requeridos para el desarrollo y abordaje de la población objeto, que permita realizar la entrega de paquetes educativos e inducción efectiva a tamizaje.

El oferente debe garantizar vehículo de transporte para sus equipos de trabajo, los insumos requeridos para el desarrollo de las actividades programadas y las carpas entregadas por la Subred integrada de Servicios de Salud Norte ESE, para el desarrollo de las actividades programadas de acuerdo con los cronogramas establecidos.

CRITERIOS DE OPORTUNIDAD

- Cumplimiento del cronograma establecido para el desarrollo de actividades.
- Entrega de informes en los tiempos establecidos con la calidad requerida y según requerimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.
- Asistencia a las reuniones de seguimiento establecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.
- Cumplimiento de línea técnica y operativa emitida por coordinador de convenio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

PLAZO DE EJECUCION,

El tiempo de ejecución establecido para el presente proceso contractual es de 3 meses, contados a partir del perfeccionamiento y legalización, o, plazo máximo 30 de abril 2019.

CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará de forma mensual de acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas para cada periodo y la certificación del cumplimiento de entrega de los respectivos informes, de la siguiente manera:

Zona Norte:

Entrega de Paquetes								
Mes	Cantidad			Costo unitario	Costo total entrega de paquetes	Incentivo por cumplimiento de obligaciones administrativas	Costo total por incentivo	Costo total
	HSH	MTRANS	Total					
FEBRERO	1440	20	1460	\$12.000	\$17.520.000	\$1.334	\$1.947.640	\$19.467.640
MARZO	1440	20	1460	\$12.000	\$17.520.000	\$1.334	\$1.947.640	\$19.467.640
ABRIL	1440	20	1460	\$12.000	\$17.520.000	\$1.334	\$1.947.640	\$19.467.640
TOTAL	4320	60	4380	\$12.000	\$52.560.000	\$1.334	\$5.842.920	\$58.402.920

Demanda Inducida Efectiva					
Mes	Cantidad			Costo demanda inducida	Costo total demanda inducida efectiva
	HSH	MTRANS	Total		
FEBRERO	1299	13	1333	\$1.664	\$2.218.112
MARZO	1299	13	1333	\$1.664	\$2.218.112
ABRIL	1298	14	1334	\$1.664	\$2.219.776
TOTAL	3896	40	4000	\$1.664	\$6.656.000

Las condiciones para el otorgamiento del incentivo por paquete entregado persona única por "Cumplimiento de las obligaciones Administrativas" son:

1. Entrega oportuna y con calidad de informes requeridos para el soporte del cumplimiento de las actividades.
2. Entrega oportuna de los cronogramas de actividades establecidos mensualmente.
3. Manejo adecuado de insumos entregados por la Subred para el desarrollo de las actividades.
4. Cumplimiento de cronogramas y reporte oportuno de reprogramaciones de actividades en campo.
5. Seguimiento de directrices dadas por la Subred
6. Cumplimiento de recurso humano mínimo necesario para abordaje en campo
7. Asistencia a espacios de interés convocados por la Subred.
8. Cumplimiento de la ejecución de las metas en la población Objeto estipulada (no se podrán ejecutar actividades en población no objeto.)

Lo anterior será soportado mediante procesos de auditoría a los soportes e informes entregados y las auditorías concurrentes en terreno que podrán ser desarrolladas por el Coordinador del Convenio de la Subred Norte o por el delegado del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo mediante el levantamiento de las respectivas actas.

ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACION Y ADJUDICACION DEL CONTRATO

La evaluación consiste en el análisis comparativo de las propuestas sobre los aspectos técnicos y económicos, con el fin de establecer entre las que cumplan con los requisitos exigidos en la presente invitación, la que resulte más favorable para la entidad y para los fines que busca:

CRITERIO	FUENTE DE VERIFICACION	CALIFICACIÓN
Evaluación Jurídica	Documentación Jurídica	Cumple o No cumple
Evaluación Financiera	Documentación financiera y cumplimiento de indicadores financieros	Cumple o No cumple
Evaluación Técnica	Ver cuadro Evaluación Técnica	400
Evaluación Económica	Anexo de propuesta económica	600
TOTAL		1000

ITEM	FACTORES DE EVALUACION TECNICA	PUNTOS
1	1. EXPERIENCIA DEL RECURSO HUMANO : 1 Coordinador : 40 puntos 1 Tecnico Administrativo : 20 puntos 7 Lideres comunitario: 20 puntos cada uno	200 puntos
2	2. CERTIFICACIONES DE ALIANZAS ESTRATEGICAS : Minimo se debe presentar 10 certificaciones donde se evidencie que se puede desarrollar el objeto de la convocatoria: 50 puntos Por cada 10 certificaciones adicionales :25 puntos (sin exceder el total de los puntos a obtener)	100
3	EXPERIENCIA ESPECIFICA EN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR: Minimo 2 años de experiencia especifica en las actividades a desarrollar: 50 puntos Por cada dos años adicionales de experiencia especifica en las actividades a desarrollar : 25 puntos. (sin exceder el total de los puntos a obtener)	100
4	PLAN DE TRABAJO	Cumple / No cumple
5	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	Cumple / No cumple

Se asignará el máximo puntaje el proponente que oferte mayor experiencia como empresa, talento humano (Sumatoria de las experiencias individuales).

ANEXO No. 3
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

comprasrednorte6@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 CONTRATAR UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA (OBC) CON EXPERIENCIA EN CAPTACIÓN DE POBLACIÓN LGTBI ESPECIALMENTE HSH Y MUJERES TRANS PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH SEGÚN CONVENIO SUSCRITO CON FONADE NO 2171526 PARA LA ZONA NORTE (USAQUÉN, TEUSAQUILLO, CHAPINERO, BARRIOS UNIDOS, ENGATIVÁ Y SUBA.

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.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces_____

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)

ANEXO NO. 5
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
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 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.

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
☐ ASEGURADOR	☐ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL				NIT	
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO/FAX
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA				
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	CUAL:	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	(SI) ☐ (NO) ☐	RENTA/CREE	(SI) ☐ (NO) ☐	IVA	(SI) ☐ (NO) ☐
	ICA		CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA		
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS			SI ☐ NO ☐		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO			SI ☐ NO ☐		
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL			SI ☐ NO ☐		
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA			SI ☐ NO ☐		
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NUMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:					
	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE				CÓDIGO:AP-GF-F-23-01
	PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)				VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				PÁGINA:2 DE 3
	GESTIÓN FINANCIERA				FECHA:24/10/2018
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI ☐ NO ☐				

IMPORTACIONES ☐		EXPORTACIONES ☐		INVERSIONES ☐		REDESCUENTO ☐		Especifique cual:	
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐		LEASING ☐		SERVICIOS ☐					
PAGO DE SERVICIOS ☐		PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		OTRA ☐					
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACION		CIUDAD	PAIS	MONEDA		
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS									
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":									
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): 2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano. 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera. 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.									
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS									
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa. 4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado. 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.									
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN									
9. CONSIDERACIONES									
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: 9.1. AUTORIZACIÓN Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada. Declaro expresamente: *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. *Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.									
		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE					CÓDIGO:AP-GF-F-23-01		
		PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)					VERSIÓN: 1		
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E					PÁGINA: 3 DE 3		
GESTIÓN FINANCIERA					FECHA:24/10/2018				

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaf@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **9.AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

10. FIRMA Y HUELLA			
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES			
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho	
11. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		12. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 VERSIÓN: 2	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				PÁGINA: 1 DE 4	
					FECHA: 03/12/2018	
FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)						
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☐	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL:	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL						
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:
ESTADO CIVIL				PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TÉLEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐						
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:						
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:	TÉLEFONO RESIDENCIA
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA	
					PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:		PAÍS:	TÉLEFONO/FAX
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)						
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐		CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA			
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐					
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	NUMERO DE NIT
			SALUD ☐			
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ BIENES ☐ SERVICIOS ☐ OTROS ☐						
OTRA ☐ CUAL:						
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		PAÍS
CARGO ACTUAL					FECHA VINCULACIÓN	
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 VERSIÓN: 2		

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

7. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complementa o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complementa o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

 Norte E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA FECHA: 03/12/2018			
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante			
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico. NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)			
11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.			
12. CONSIDERACIONES			
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: 12.1. AUTORIZACIÓN Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. * Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.			
	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE		CÓDIGO: AP-GF-F-24-02
	PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		PÁGINA: 4 DE 4
	GESTIÓN FINANCIERA		FECHA: 03/12/2018

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud **(Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

13. FIRMA Y HUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.	
Firma Cliente / Representante Legal	Huella Índice Derecho
14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA	
1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
6. Firma y Cédula	
15. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma y cédula:	

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 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.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION 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. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.
9. 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.
8. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECÍFICAS:

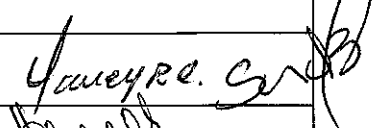
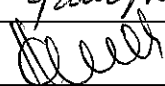
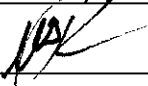
1. GARANTIZAR EL ACCESO DE LAS POBLACIONES A LOS SERVICIOS DE EDUCACION, DIAGNOSTICO "PRUEBA RAPIDA", ASESORIA Y CANALIZACION DE LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE LAS POBLACIONES OBJETO.
2. UBICACION DE LOS EQUIPOS COMUNITARIOS CERCA DE LOS SITIOS DE HOMOSOCIALIZACIÓN, GARANTIZANDO QUE NO EXISTAN BARRERAS DE ORDEN SOCIAL, TECNICO O ECONOMICO.
3. REALIZACION DE FORMA INMEDIATA DE LA CONSEJERIA Y PRUEBA RÁPIDA PARA QUIEN LO REQUIERA SIN QUE MEDIE BARRERA ALGUNA.
4. EVITAR TODO TIPO DE ACTOS DISCRIMINATORIOS.
5. ADMINISTRAR Y SUMINISTRAR DE FORMA RESPONSABLE LOS INSUMOS DESTINADOS PARA LA PREVENCIÓN EN LA POBLACION OBJETO.
6. ENTREGAR DE FORMA PUNTUAL Y DE FORMA UNIFICADA LA PLANEACION DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMAS Y FICHAS TECNICAS), CON LOS RESPONSABLES DE CADA ACTIVIDAD Y LAS MODIFICACIONES DE ESTAS PLANEACIONES, CUANDO SE REQUIERAN SE DEBEN NOTIFICAR CON TIEMPO.
7. ENTREGAR DE FORMA PUNTUAL Y Y CON CALIDAD LOS INFORMES CUMPLIMIENTO DE METAS, SEMANAL DE INSUMOS, GENERACIÓN DE PAGO Y LOS DEMÁS QUE SE REQUIERAN POR PARTE DE LA INSTITUCION EN CABEZA DEL COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA.
8. ENTREGAR EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS SEGUN PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN, LOS INSTRUMENTOS DE CAPTURA DE INFORMACION PARA INGRESAR AL DIME.
9. ASISTIR PUNTUALMENTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR PARTE DE FONADE Y POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
10. CUMPLIR CON LAS METAS ASIGNADAS PARA LA CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO PARA LA ENTREGA DE LOS KITS PREVENTIVOS Y TOMA DE PRUEBAS RAPIDAS
11. LOS PAGOS SERAN REALIZADOS UNA VEZ SE INFORME Y CERTIFIQUE POR PARTE DEL SUPERVISOR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)

TRES (3) 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 Coordinador Convenio	Nancy E. Rodriguez C.	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	Doctora Lidia Hemilet Cala Cells	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	Doctora Nancy Stella Tabares	
	Nombre y Firma Gerente:	Doctora Yidney Isabel Garcia Rodriguez	

Observaciones: