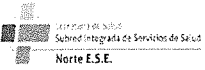
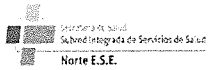
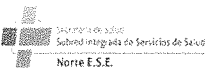
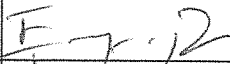
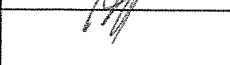
	INVITACIÓN A COTIZAR				CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
					FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>017-2020 S.NTE</u>					
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LAS POLIZAS DE SEGUROS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA SUBRED INRTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Tiempo a Asegurar	Especificación Técnica
1	POLIZA TODO RIESGO DAÑO MATERIAL	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
2	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
3	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICA Y HOSPITALES	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
4	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS Y DIRECTIVOS	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
5	POLIZA TODO RIESGO AUTOMOVILES	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
6	POLIZA TODO RIESGO VALORES	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
7	POLIZA DE MANEJO GLOBAL ESTATAL PARA ENTIDADES OFICIALES	Poliza	1	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
8	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO SOAT	Poliza	102	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
9	POLIZAS DE CUMPLIMIENTO	Poliza	A Demanda	7 Meses	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		3/02/2020			
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		HASTA EL 4/02/20 HORA 1:00 PM UNICAMENTE POR LA PLATAFORMA SECOP II			
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		5/02/2020			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 10/02/2020 Hora: Hasta las 9:00 AM. Por la Plataforma SECOP II			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 10/02/2020 Hora: 9:10 AM Por la Plataforma SECOP II			
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 10/02/2020 Y EL 11/02/2020			
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		12/02/2019			
SUBSANACION Y OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		13/02/2020 Hasta las 1:00 pm.			
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.			

	INVITACIÓN A COTIZAR	CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>017-2020 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LAS POLIZAS DE SEGUROS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE		
JURIDICOS: 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 5 FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6 FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 7 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% 8 FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 9 CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10 CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11 CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12 CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 13 CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. 14 CERTIFICACIÓN BANCARIA 15 PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. A FAVOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NIT. 900.971.006-4. 16 RUP. (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES). ACTUALIZADO VIGENCIA 2018. CON INFORMACIÓN DE CIERRE CONTABLE DEL AÑO 2018.		
FINANCIEROS: 1 BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2018. 2 FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR PÚBLICO Y /O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADO.		
NOTA: LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEBE SER CONSECUENTE CON LA ESTIPULADA EN EL RUP		
SARLAFT		
EMPRESA		
1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD). 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.		
NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.		
CONDICIONES TÉCNICAS DE LAS PÓLIZAS- SUBRED NORTE ESE		
COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OBLIGATORIAS HABILITANTES: EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA 1. EL EJEMPLAR DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS OFRECIDAS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA; ASÍ COMO SUS ANEXOS Y CLÁUSULAS CON SUS TEXTOS. 2. EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTRE LOS OFRECIMIENTOS CONTENIDOS EN LA PROPUESTA Y LOS TEXTOS DE LA PÓLIZA, PREVALECE LA INFORMACIÓN DE LA PROPUESTA. 3. EN EL EVENTO QUE EL PROPONENTE NO PRESENTE LOS EJEMPLARES DE LAS PÓLIZAS O LOS TEXTOS DE LOS ANEXOS Y/O CLÁUSULAS, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA OFRECIDO LA COBERTURA O CLÁUSULA, LA RED DE HOSPITALES PODRÁ, DENTRO DEL PLAZO DE EVALUACIÓN, SOLICITAR EL TEXTO RESPECTIVO Y SI EL PROPONENTE NO LO APORTA DENTRO DEL PLAZO FIJADO POR LA ENTIDAD, SE RECHAZARÁ LA PÓLIZA RESPECTIVA.		
TÉCNICOS: HABILITANTES		

	INVITACIÓN A COTIZAR	CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>017-2020 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LAS POLIZAS DE SEGUROS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	
ORGANIZACIONAL: 1 LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA DEBERÁ PRESENTAR SU ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DONDE DEMUESTRE QUE PUEDE DAR CUMPLIMIENTO A SU OBJETO SOCIAL Y NECESIDAD A SATISFACER CON LA PRESENTE CONVOCATORIA. EXPERIENCIA: DEBE ACREDITAR EXPERIENCIA MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE MÁXIMO (5) CONTRATOS CELEBRADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS CUYO VALOR SEA IGUAL O SUPERIOR AL DOBLE DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. EL OFERENTE ACREDITARÁ LA EXPERIENCIA A TRAVÉS DE CERTIFICACIONES DE CONTRATOS QUE DEBEN CONTENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: 2 - INOMBRE DEL CONTRATANTE. - OBJETO DEL CONTRATO. - INÚMERO DEL CONTRATO. - IVALOR DEL CONTRATO. - IPLAZO, FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN. - INOMBRE DEL CONTRATISTA DEBIDAMENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE DEL PROPONENTE O POR LA PERSONA AUTORIZADA PARA TAL FIN. CUANDO SE CERTIFIQUEN CONTRATOS REALIZADOS BAJO LA MODALIDAD DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, PARA LA VERIFICACIÓN SE TOMARÁ EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DEL OFERENTE QUE HAGA PARTE DEL CONSORCIO O DE LA UNIÓN TEMPORAL, PARA LO CUAL DEBERÁ ANEXAR A LA PROPUESTA EL DOCUMENTO QUE ACREDITE LA CONFORMACIÓN DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL DONDE DEBE CONSTAR EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SE PRECISA QUE EN CASO DE OFRECIMIENTO DE CONDICIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS ADICIONALES A LAS SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES MÍNIMAS OBLIGATORIAS HABILITANTES, LAS MISMAS NO SERÁN OBJETO DE ASIGNACIÓN DEL PUNTAJE, NO OBSTANTE LA PRESENTACIÓN DE TALES CONDICIONES ADICIONALES A LAS COMPLEMENTARIAS OBLIGA A SU OTORGAMIENTO EN CASO DE ADJUDICACIÓN Y EL OFERENTE CON LA FIRMA DE LA PROPUESTA ACEPTA ESTA CONDICIÓN. NO DEBE EXISTIR DISCREPANCIA ENTRE LOS OFRECIMIENTOS CONTENIDOS EN LA PROPUESTA Y LOS TEXTOS DE LA PÓLIZA; SI ELLO OCURRIERE PREVALECE LA INFORMACIÓN DE LA PROPUESTA Y EN CONSECUENCIA EL PROPONENTE FAVORECIDO ESTARÁ EN LA OBLIGACIÓN DE AJUSTAR LA PÓLIZA. DOCUMENTOS DE CARÁCTER TÉCNICO - FACTOR CALIFICABLE 1 QUIEN OFREZCA MAYOR VIGENCIA SUPERIOR A LOS 7 MESES, TENDRÁ EL MÁXIMO PUNTAJE DE 20 PUNTOS Y LOS DEMÁS UNA CALIFICACIÓN PROPORCIONAL MEDIANTE UNA REGLA DE TRES SIMPLE CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE GARANTICE EL 100% DE LAS COBERTURAS DE LOS ANEXOS: - No 6 "COBERTURAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS MINIMAS EXIGIDAS PARA TODAS LAS POLIZAS" 2 No 7 "INFORME DE PREDIOS" - No 8 "RELACIÓN DE ACTIVOS FIJOS" - No 9 "RELACIÓN PARQUE AUTOMOTOR" ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). LA CALIFICACIÓN DE PRECIOS SERÁ EQUIVALENTE A UN PUNTAJE DE OCHENTA (80) PUNTOS MÁXIMO. 2. LA CALIFICACIÓN DE PRECIOS SERÁ APLICADA POR FÓRMULA MATEMÁTICA (REGLA DE TRES) DONDE EL MAYOR PUNTAJE LO OBTENDRÁ EL MENOR PRECIO DE OFERTA PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. OBTENDRÁ OCHENTA (80) PUNTOS LA OFERTA DE MENOR VALOR Y EN FORMA INVERSAMENTE PROPORCIONAL LAS DEMÁS PROPUESTAS. 3. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 4. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. 5 LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN		
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.	

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
			PÁGINA : 1 DE 2	
				FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>017-2020 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LAS POLIZAS DE SEGUROS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA SUBRED INRTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE. PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) FACTORES EVALUADOS. A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$ B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}}$ C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $\text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.			
Sarlaft	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.			
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.			
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INVITACIÓN.			
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. EN CASO DE EMPATE, SE ESCOGERÁ AL OFERENTE QUE TENGA EL MAYOR ÍNDICE DE LIQUIDEZ SEGÚN LA EVALUACIÓN FINANCIERA REALIZADA EN EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN. 3. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	MIL DOSCIENTOS TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$1,230,000,000)		No.	229
Rubro Presupuestal	SEGUROS ESE		Fecha del CDP	29/01/2020
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO				
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		Plazo de ejecución	SIETE (7) MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sítio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de exigibilidad	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 TRES (3) MESES MÁS.			
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.			

	INVITACIÓN A COTIZAR		CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>017-2020 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LAS POLIZAS DE SEGUROS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
Obligaciones del Contratista	3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.		
	6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.		
	7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.		
	8. 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.		
	10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.		
	ESPECÍFICAS		
	1. EXPEDIR LAS PÓLIZAS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES TÉCNICAS EXPUESTAS		
	2. EMITIR LAS PÓLIZAS DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO		
	3. SUMINISTRAR UN INFORME DE SINIESTRALIDAD CUANDO LA ENTIDAD LO SOLICITE ACOMPAÑADO DE ESTADÍSTICAS Y REPORTES		
	4. RESPONDER A LAS CONSULTAS EFECTUADAS POR LA SUBRED NORTE ESE DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD		
	ACLARACIONES		
	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO.		
	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA ANEXO 6 "COBERTURAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS MINIMAS EXIGIDAS PARA TODAS LAS POLIZAS" ANEXO 7 "INFORME DE PREDIOS" ANEXO 8 "RELACIÓN DE ACTIVOS FIJOS" ANEXO 9 "RELACIÓN PARQUE AUTOMOTOR"		
APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	   
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: CONTRATAR LAS POLIZAS DE SEGUROS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

El suscrito _____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Juridica 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 incursos 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 NO. 2
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.

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

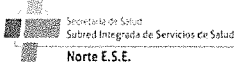
El suscrito _____, identificado (a) como se indica al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de _____, manifiesto la voluntad de apoyar la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., para fortalecer la transparencia en los procesos de selección 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)

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
PERSONA JURÍDICA ☐		PERSONA NATURAL ☐		OTRA: ☐ CUAL: _____	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
ASEGURADOR ☐		PROVEEDOR ☐		CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA					
RAZÓN SOCIAL		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
REPRESENTANTE LEGAL:		NIT		NOMBRES	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NUMERO:	
LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)					
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	
NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)			
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS		DEPARTAMENTO	
CIUDAD		TELÉFONO/FAX			
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS	
TELÉFONO/FAX					
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)					
PÚBLICA ☐		MIXTA ☐		PRIVADA ☐	
SERVICIOS DE SALUD ☐		SERVICIOS FINANCIEROS ☐		TRANSPORTES ☐	
SERVICIOS ☐		INDUSTRIAL ☐		FARMACÉUTICA ☐	
COMERCIAL ☐		OTRA ☐ CUAL: _____			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		RENTA/CREE		IVA	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	
CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA		PRINCIPAL ☐		SECUNDARIA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE 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 PÚBLICO		SI ☐		NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO 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:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO 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:					
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☐			
REDESCUENTO ☐		EXPORTACIONES ☐		LEASING ☐	
SERVICIOS ☐		OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐		IMPORTACIONES ☐	
PAGO DE SERVICIOS ☐		PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		INVERSIONES ☐	
OTRA ☐		Especifique cual: _____			
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN	
CIUDAD		PAÍS		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".					

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

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 fueren 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

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: 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.

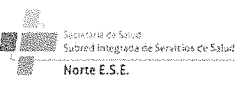
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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 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 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.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019										
	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 lo 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, <u>(Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> 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.											
9. 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												
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Ciudad y fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la Entrevista:		4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
1. Ciudad y fecha												
2. Nombre y Cargo de quien verifica:												
3. Lugar de la Entrevista:												
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula												

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
ANEXO No 5 PROPUESTA ECONÓMICA
POLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Especificación Técnica y Observaciones	Tiempo a Asegurar	Cantidad	Unidad de Medida	Prima Neta	IVA (si aplica)	V/R Total
1	POLIZA TODO RIESGO DAÑO MATERIAL	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
2	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
3	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICA Y HOSPITALES	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
4	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS Y DIRECTIVOS	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
5	POLIZA TODO RIESGO AUTOMOVILES	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
6	POLIZA TODO RIESGO VALORES	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
7	POLIZA DE MANEJO GLOBAL ESTATAL PARA ENTIDADES OFICIALES	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
8	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO SOAT	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	12 meses	1	Poliza			-
9	POLIZAS DE CUMPLIMIENTO	Especificación Técnica: Ver Estudios Previos. Observaciones: Ver ANEXO 001.	6 meses	1	Poliza			-
					TOTAL			-

NOTA: ESTA COTIZACIÓN SE DEBE DILIGENCIAR CON EL VALOR TOTAL DE LA PRIMA PARA CADA UNO DE LOS ITEMS POR EL TIEMPO SEÑALADO

Nombre:

Firma

Representante Legal

ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CODIGO : AP-CT-F-01-05					
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSION : 5					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2					
		FECHA : 12/06/2018					
Fecha de Solicitud D/M/A		15/01/2020	Fecha de Recibido D/M/A				
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		DIRECCION ADMINISTRATIVA - YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON					
Proceso:		SEGUROS					
Correo Electrónico y teléfono		seguros@subrednorte.gov.co					
PAA(X) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERÍLO O CARGO	DIRECTOR ADMINISTRATIVO				
OBJETO A CONTRATAR							
CONTRATACION DE LAS POLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS PARA LA ADECUADA PROTECCION DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE ESE Y AQUELLOS POR LOS CUALES SE LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE EN EL TERRITORIO NACIONAL, CONTRA LOS DAÑOS O PERDIDAS MATERIALES A CONSECUENCIA DE CUALQUIER RIESGO, TANTO POR EVENTOS INTERNOS COMO EXTERNOS							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
SE REQUIERE ASEGURAR TODOS LOS BIENES DE PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE ESE O QUE SEAN RECIBIDOS A CUALQUIER TITULO O POR LOS QUE TENGA ALGUN INTERES Y QUE SEAN SUSCEPTIBLES DE SER ASEGURADOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 001 DE 2001							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	POLIZA TODO RIESGO DAÑO MATERIAL	1	POLIZA		AMPARA TODA PROPIEDAD REAL O PERSONAL, BIENES MATERIALES DE PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE ESE O DE TERCEROS QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CUIDADO	ANEXO 001 (PAG.1 a 18)	
2	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	1	POLIZA		AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALESY EXTRAPATRIMONIALES QUE SUFRA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	ANEXO 001 (PAG.19 a 25)	
3	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES	1	POLIZA		AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LA CLINICA , HOSPITAL Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTO O INSTITUCIONES MEDICAS	ANEXO 001 (PAG.26 a 29)	
4	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS Y DIRECTIVOS	1	POLIZA		GASTOS DE DEFENSA CARGOS ASEGURADOS	ANEXO 001 (PAG.30 a 32)	
5	POLIZA TODO RIESGO AUTOMOVILES	1	POLIZA		AMPARAR LOS DAÑOS y/o PERDIDAS QUE SUFRAN LOS VEHICUOS DE PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	ANEXO 001 (PAG.33 a 39)	
6	POLIZA TODO RIESGO VALORES	1	POLIZA		AMPARAR LAS PERDIDAS Y LOS DAÑOS MATERIALES CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LOS EVENTOS QUE CONSTITUYEN LOS AMPAROS MENCIONADOS POR EL TRANSPORTE DE DINEROS EN EFECTIVO, TITULOS, CHEQUES	ANEXO 001 (PAG.40 a 41)	
7	POLIZA DE MANEJO GLOBAL ESTATAL PARA ENTIDADES OFICIALES	1	POLIZA		AMPARAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E CONTRA LOS RIESGOS QUE IMPLIQUEN MENOSCATO DE SUS FONDOS y/o BIENES, CAUSADOS POR ACCIONES U OMISIONES DE LOS EMPLEADOS EN EJERCICIO	ANEXO 001 (PAG.42 a 49)	
8	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO SOAT	1	POLIZA		SEGURO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS VEHICULOS DE LA SUBRED NORTE ESE QUE AMPARA LOS DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO.	ANEXO 001 (PAG.50)	
9	PÓLIZAS DE CUMPLIMIENTO	1	POLIZA		POLIZAS DE CUMPLIMIENTO REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CELEBRADOS ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE Y OTRAS ENTIDADES , CON LOS CORRESPONDIENTES SUB AMPAROS DE SALARIOS, ANTICIPOS, SERIEDAD DE LA OFERTA . RESPONSABILIDAD	ANEXO 001 (PAG.51)	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☒ NO							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
1- COMPAÑIAS DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDAS PARA FUNCIONAR EN EL PAIS 2- COMPAÑIAS AUTORIZADAS PARA FUNCIONAR POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA , PARA OFRECER LOS RAMOS DEL PROGRAMA DE SEGUROS REQUERIDOS PARA LA ADECUADA PROTECCION DE LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE LA SUBRED NORTE ESE 3-CONTAR CON DOMICILIO (OFICINA) PRINCIPAL EN LA CIUDAD DE BOGOTA 4-VER ANEXO 002 (PAG 52-53) CRITERIOS DE EVALUACION							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS		ECONÓMICOS		OTROS		CUALES:	

23-01-2022
3:30 PM

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA				
			NO X	
GARANTÍAS DEL CONTRATO				
Patrimonio Autónomo ☐	Póliza Seriedad de la Oferta ☐	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes ☐	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones ☐	Póliza Segura de Manejo de Recursos Públicos para Particulares ☐
Garantía Bancaria ☐	Póliza Cumplimiento del Contrato ☒	Póliza Estabilidad de Obra ☐	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual ☐	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos ☐
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA				
GENERALES: 1. CUMPLIR 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 5 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. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.				
ESPECÍFICAS: 1. EXPEDIR LAS POLIZAS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES TECNICAS EXPUESTAS EN LA OFERTA DE COTIZACION 2. EMITIR LAS POLIZAS DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO 3. SUMINISTRAR UN INFORME DE SINISTRALIDAD CUANDO LA ENTIDAD LO SOLICITE ACOMPAÑADO DE ESTADÍSTICAS Y REPORTES 4. RESPONDER LAS CONSULTAS EFECTUADAS POR LA SUBRED NORTE ESE DENTOR DE LOS (5) CINCO DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD				
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)				
6 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:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON		
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS		
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS (e)		
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ		
Observaciones:				

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 29 De 2020

CDP. No. 229

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.....: 31201110100000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 312011101

NOMBRE RUBRO.....: SEGUROS ESE

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 561,695.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1,678,293,884.00

SALDO DE APROPIACION : 1,678,855,579.00

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:

POLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE SEGUROS DE LO
S BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE LA SUBRED

POR UN VALOR INICIAL DE : 1,230,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,230,000,000.00

UN MIL DOSCIENTOS TREINTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 561,695.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 448,293,884.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (338) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO