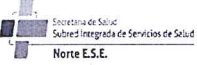


	INVITACIÓN A COTIZAR				CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>022-2020 S.NTE</u>					
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio Consumo Mensual	Especificación Técnica
1	Ultrasonografía	Procedimiento	A Demanda	50	
2	Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de segmento posterior	Procedimiento	A Demanda	43	
3	Tomografía con pruebas provocativas	Procedimiento	A Demanda	10	
4	Sondeo vías lagrimales (mínimo 3. sesiones), incluye: estricurotomía	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
5	Cauterización de puntos lagrimales	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
6	Electrólisis de pestañas	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
7	Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
8	Curetaje de la conjuntiva o córnea	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
9	Inyección sub conjuntival	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
10	Drenaje absceso córnea	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
11	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
12	Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
13	Topografía corneal computarizada, unilateral	Procedimiento	A Demanda	4	
14	Recuento de células endoteliales	Procedimiento	A Demanda	40	
15	Paquimetría (unilateral)	Procedimiento	A Demanda	40	
16	Biometría ocular (unilateral)	Procedimiento	A Demanda	60	
17	Interferometría (unilateral)	Procedimiento	A Demanda	40	
18	Interferometría (bilateral)	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
19	Fotografía a color de segmento posterior (unilateral)	Procedimiento	A Demanda	15	
20	Campo visual computarizado	Procedimiento	A Demanda	50	
21	Drenaje absceso palpebral	Procedimiento	A Demanda	6	
22	Drenaje chalazión	Procedimiento	A Demanda	a demanda	
23	Tomografía Optica Coherente	Procedimiento	A Demanda	15	
24	Consulta oftalmología general	Consulta	A Demanda	1045	
25	Consulta supraespecialidades	Consulta	A Demanda	332	
26	Consulta Plan Canguro	Consulta	A Demanda	48	
27	Cirugía Oftalmologica de mediana complejidad	Cirugia	A Demanda	100	
28	Cirugía Oftalmologica de alta complejidad	Cirugia	A Demanda	150	

	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>022-2020 S.NTE</u>					
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.				
29	Interconsulta (urgencias)	Consulta	A Demanda	169	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		5/02/2020			
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		HASTA EL 6/02/20 HORA 1:00 PM UNICAMENTE POR LA PLATAFORMA SECOP II			
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		7/02/2020			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 10/02/2020 Hora: Hasta las 3:00 PM Por la Plataforma SECOP II			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 10/02/2020 Hora: 3:10 PM 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.			
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE					
JURÍDICOS: 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 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 15 VIGENCIA SERÁ DE TRENTA (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.					
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					

	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. 022-2020 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.
---------------------------	--

SARLAFT

EMPRESA

- 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).
- 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).
- 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.

1, TÉCNICOS HABILITABLES:

1.1 RECURSO HUMANO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR EN LA PROPUESTA TÉCNICA EL PERSONAL QUE ASIGNARÁ A CADA ACTIVIDAD CONSIDERANDO LOS SIGUIENTES REQUERIMIENTOS MÍNIMOS:

- EL OFERENTE DEBE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO COMO MÍNIMO:
 - 450 HORAS DE MÉDICOS CON ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA Y LOS NECESARIOS DE ACUERDO CON LA DEMANDA DE LA ESPECIALIDAD PARA CUMPLIR LOS INDICADORES DE CALIDAD. PARA LAS SUBESPECIALIDADES COMO CORNEA Y OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA SE GARANTIZARÁN MÍNIMO 90 HORAS PARA CADA UNA.

ADEMÁS DE LO ANTERIOR, DEBERÁ GARANTIZAR LAS SIGUIENTES SUPRA ESPECIALIDADES:

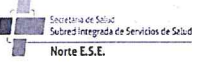
- UN MÉDICO CIRUJANO CON ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDAD EN GLAUCOMA.
- UN MÉDICO CIRUJANOS CON ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDAD EN CLÍNICA DEL VÍTREO Y RETINA.
- UN MÉDICO CIRUJANO CON ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDAD EN CORNEA.
- UN MÉDICO CIRUJANO CON ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDAD EN OCULOPLASTIA.
- UN MÉDICO CIRUJANO CON ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA.
- LAS HORAS DE RECURSO HUMANO DISPONIBLE DEBERÁ GARANTIZAR UN NÚMERO DE PROFESIONALES SUFICIENTE PARA CUBRIR LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS Y PODRÁ VARIAR DE ACUERDO A ELLA, DANDO CUBRIMIENTO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA PROGRAMADA, CIRUGÍA URGENCIA Y DISPONIBILIDAD DE URGENCIAS.

- ADHERIRSE A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD EN CUANTO A: CONSULTA, CONTROL QUIRÚRGICO, CONTROL NO QUIRÚRGICO, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, DE CONFORMIDAD CON LA SIGUIENTE TABLA, ASÍ:

Tabla 3. Tiempos establecidos por actividad.

NOMBRE ACTIVIDAD	RENDIMIENTO POR HORA
CONSULTA PRIMERA VEZ Y/O CONTROL NO QUIRÚRGICO	3 actividades por hora
CONTROL POST QUIRÚRGICO	4 actividades por hora
ECOGRAFÍA	4 actividades por hora
INTERFEROMETRÍA	4 actividades por hora
BIOMETRÍA	4 actividades por hora
CAMPO VISUAL	2 actividades por hora
PAQUIMETRÍA	4 actividades por hora
ANGIOGRAFÍA	2 actividades por hora
TOMOGRFÍA	2 actividades por hora
FOTO A COLOR	4 actividades por hora
RECuento DE CÉLULAS	4 actividades por hora
IRIDECTOMÍA	2 actividades por hora
CAPSULOTOMÍA	2 actividades por hora

EN CUANTO A LOS TIEMPOS EN SALA DE CIRUGÍA EL OFERENTE SE DEBE ADHERIR A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED NORTE DE ACUERDO AL GRUPO QUIRÚRGICO.

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

INVITACIÓN A COTIZAR No. 022-2020 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.
---------------------------	--

1.2 PERSONAL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALIZADO EN OFTALMOLOGIA

A) ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA SUFICIENTES PARA CUBRIR LOS SERVICIOS Y QUE PERMITAN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD ESTABLECIDOS Y QUE HACEN PARTE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA:

- 1) TÍTULO PROFESIONAL DE PREGRADO EN MEDICINA OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA OFICIALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO.
- 2) TÍTULO PROFESIONAL DE POSGRADO EN OFTALMOLOGÍA, OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA FORMALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO (DIPLOMA Y ACTA DE GRADO).
- 3) TARJETA PROFESIONAL Y/O REGISTRO MÉDICO EXPEDIDA POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.
- 4) TODOS LOS PROFESIONALES DEBEN CONTAR CON UN MÍNIMO DE UN AÑO DE EXPERIENCIA CERTIFICADA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- 5) DEBERÁ ADJUNTAR UNA CARTA EN ORIGINAL, DONDE AUTORIZA INCLUIR SU HOJA DE VIDA EN LA OFERTA PRESENTADA POR EL PROPONENTE
- 6) LOS ESPECIALISTAS QUE HAYAN CURSADO SUS ESTUDIOS DE PREGRADO Y POSGRADO EN EL EXTERIOR DEBEN CONTAR CON VALIDACIÓN DEL TÍTULO ANTE EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN.
- 7) TARJETA PROFESIONAL Y/O REGISTRO MÉDICO
- 8) SOPORTE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS.
- 9) SOPORTE DE INSCRIPCIÓN AL MIPRES COMO PRESCRIPTOR.

1.3 PERSONAL PROFESIONAL MEDICO SUBESPECIALIZADO EN OFTALMOLOGIA

ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA CON SUBESPECIALIDADES SOLICITADAS SUFICIENTES PARA CUBRIR LOS SERVICIOS Y QUE PERMITAN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD ESTABLECIDOS Y QUE HACEN PARTE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA:

- 1) TÍTULO PROFESIONAL DE PREGRADO EN MEDICINA OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA OFICIALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO.
- 2) TÍTULO PROFESIONAL DE POSGRADO EN OFTALMOLOGÍA, OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA FORMALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO (DIPLOMA Y ACTA DE GRADO).
- 3) TÍTULO PROFESIONAL DE POSGRADO EN SUPRAESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA, OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA FORMALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO (DIPLOMA Y ACTA DE GRADO).
- 4) TARJETA PROFESIONAL Y/O REGISTRO MÉDICO EXPEDIDA POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.
- 5) TODOS LOS PROFESIONALES DEBEN CONTAR CON UN MÍNIMO DE UN AÑO DE EXPERIENCIA CERTIFICADA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- 6) DEBERÁ ADJUNTAR UNA CARTA EN ORIGINAL, DONDE AUTORIZA INCLUIR SU HOJA DE VIDA EN LA OFERTA PRESENTADA POR EL PROPONENTE
- 7) TARJETA PROFESIONAL Y/O REGISTRO MÉDICO
- 8) SOPORTE DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS.
- 9) SOPORTE DE INSCRIPCIÓN AL MIPRES COMO PRESCRIPTOR

1.4 PERSONAL AUXILIAR

DEBERÁ OFERTAR 1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA CADA UNA DE LAS UMHS (TRES EN TOTAL) (SIMÓN BOLÍVAR, CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y ENGATIVÁ-CALLE 80).

- A) TÍTULO AUXILIAR EN ENFERMERÍA OTORGADO POR INSTITUTO RECONOCIDO OFICIALMENTE.
- B) TARJETA PROFESIONAL.
- C) SOPORTE DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS.
- D) EXPERIENCIA CERTIFICADA MÍNIMA DE UN (1) AÑO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, SEGÚN EL CASO.

PARÁGRAFO: PARA LA VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL PERSONAL, EL OFERENTE ACREDITARÁ LA IDONEIDAD Y EXPERIENCIA EXIGIDA, ALLEGANDO LAS HOJAS DE VIDA DEL EQUIPO DE TALENTO HUMANO CON EL CUAL SE EJECUTARÁN LAS ACTIVIDADES.

EL PROVEEDOR SELECCIONADO DEBERÁ NOTIFICAR CON UN MÍNIMO DE CINCO (5) DÍAS DE ANTELACIÓN LA VINCULACIÓN DE PERSONAL NUEVO Y/O CAMBIO DE EQUIPOS, LO CUAL DEBERÁ REALIZAR NOTIFICACIÓN AL SUPERVISOR TÉCNICO DEL CONTRATO CON EL FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS AQUÍ ESTABLECIDOS

2 EQUIPOS – FACTOR HABILITANTE

EL OFERENTE DEBERÁ CONTAR CON LOS SIGUIENTES EQUIPOS PARA PRESTAR EL SERVICIO EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE.

EQUIPO	USS SIMON BOLIVAR	USS CSE SUBA	USS ENGATIVA-CALLE 80
• UN (1) ANGIOGRAFO DIGITAL	1		
• UN (1) BIOMETRO DE INMERSIÓN.	1		
• UN (1) ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO.	1		
• UN (1) EQUIPO DE VITRECTOMÍA.	1		
• UN (1) EQUIPO DE CRIOTERAPIA.			1
• UN (1) JUEGO DE INSTRUMENTAL PARA OFTALMOLOGÍA (RETINA, OCULOPLÁSTIA, CATARATA, GLAUCOMA, PTERIGIO).	1		1
• UN (1) INTERFERÓMETRO	1		
• UN (1) LENTE ABRAHAM PARA CAPSULOTOMÍA YAG LASER.	1		
• UN (1) LENTE ABRAHAM PARA IRIDOTOMÍA YAG LASER.	1		

INVITACIÓN A COTIZAR

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO : AP-CT-F-04-04

VERSIÓN : 4

PÁGINA : 1 DE 2

FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 022-2020 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR

PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.

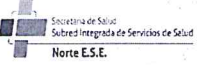
• UN (1) LENTE TRASECUATORIAL PARA FOTOCOAGULACIÓN, DIODO O ARGÓN.	1		
• UN (1) LASER ARGÓN. PEDIÁTRICO Y ADULTO	1		
• UN (1) LASER YAG.	1		
• UN (1) MICROSCOPIO OFTALMOLÓGICO.	1		1
• UN (1) TOMÓGRAFO ÓPTICO COHERENTE OCT	1		
• UNA (1) REGLA BIOMÉTRICA POSTERIOR.	1		
• UN (1) TOPÓGRAFO CORNEAL.	1		
• UNA (1) CÁMARA SEGMENTO ANTERIOR Y POSTERIOR.	1		
• UN (1) AUTOREFRACTÓMETRO	1		
• UN (1) CAMPIMETRO	1		
• UN (1) ESTERILIZADOR.	1		
• UN (1) PAQUÍMETRO ULTRASÓNICO	1		
• UNA (1) LÁMPARA DE HENDIDURA	1	1	1
• UN (1) TONÓMETRO DE APLICACIÓN	1	1	1
• UN (1) LENTE DE GOLMANN DE TRES ESPEJOS.	1		
• UN (1) LENTE DE RUBY.	1		
• UN (1) OFTALMOSCOPIO INDIRECTO, LENTE 60, 78 O 90 DIOPTRÍAS	1	1	1
• UN (1) EQUIPO DE INSTRUMENTAL PARA RETIRAR PUNTOS O PARA COLOCAR INYECCIONES SUBCONJUNTIVALES Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES.	1	1	1
• TEST O PRUEBAS DE VALORACIÓN CROMÁTICA Y DE ESTEREOPSIS.	1	1	1

LOS DEMÁS EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

PARA LA VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS, EL OFERENTE DEBERÁ ACREDITAR QUE SON DE SU PROPIEDAD CON LAS RESPECTIVAS CARTAS, O PRESENTAR EL DOCUMENTO EN EL QUE SE ESTABLEZCA LA VOLUNTAD DE ALQUILARLOS, ANEXANDO LAS HOJAS DE VIDA DE LOS MISMOS, ESTAS HOJAS DE VIDA DEBERÁN CONTENER REGISTRADO EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS ELÉCTRICOS O MECÁNICOS DE CARÁCTER PREVENTIVO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS E INDICACIONES DADAS POR LOS FABRICANTES Y CON LOS CONTROLES DE CALIDAD DE USO CORRIENTE, EN LOS EQUIPOS QUE APLIQUE. ANEXAR HOJA DE VIDA DEL INGENIERO BIOMÉDICO Y/O LA EMPRESA QUE REALIZA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CUENTA CON EQUIPOS PROPIOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR EL OFERENTE. A CONTINUACIÓN, SE PRESENTA EL DETALLE DE LOS MISMOS:

USS	EQUIPO	MARCA
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMPIMETRO	CARL ZEISS
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	FOROPTER	REICHERT
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	FOROPTER	HOPE CLOVER
USS SIMÓN BOLIVAR	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	AUTOREFRACTO/ QUERATOMETRO	NIDEK
USS SIMÓN BOLIVAR	QUERATOMETRO	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO DE APLANACION	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMPO RADIOVISION	RODENSTOCK
USS SIMÓN BOLIVAR	LENSOMETRO	MARCO
USS SIMÓN BOLIVAR	MICROSCOPIO	TAKAGI
USS SIMÓN BOLIVAR	QUERATOMETRO	BAUSCH Y LOMB
USS SIMÓN BOLIVAR	PROYECTOR	AMERICAN OPTICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	NIDEK
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	LED SLIT LAMP
USS SIMÓN BOLIVAR	REFRACTOMETRO	TOPCON
USS SIMÓN BOLIVAR	FOROPTER	AMERICAN OPTICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	LASER FOTODISRUPTOR	ELLEX MEDICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	LASER YAG	ELLEX MEDICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMA RETINAL	CANON



SECRETARÍA DE SALUD

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

NORTE E.S.E.

INVITACIÓN A COTIZAR

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

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO : AP-CT-F-04-04

VERSIÓN : 4

PÁGINA : 1 DE 2

FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No.

022-2020 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR

PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO”, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.

USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO DE APLANACION	PERKINS
USS SIMÓN BOLIVAR	UNIDAD DE REFRACCION	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO DE APLANACION	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	REGLA BIOMETRICA/PAQUIMETRO ULTRASONICO	ALCON
USS SIMÓN BOLIVAR	ECOGRAFO	B-SCAN PLUS
USS SIMÓN BOLIVAR	INTERFEROMETRO	HEINE
USS SIMÓN BOLIVAR	MICROSCOPIO ESPECULAR	TOMEY
USS SIMÓN BOLIVAR	TOMOGRAFO	ZEISS
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMARA DE RETINA	VOLK PICTOR
USS SIMÓN BOLIVAR	PENTACAM	OCULUS
USS SIMÓN BOLIVAR	MESA ELECTRICA	OCULUS TYP
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO APLANATICO	HAAG STREIT BERN
USS SIMÓN BOLIVAR	ESTERILIZADOR	STATIM 5000
CSE	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	
USS USAQUEN	LÁMPARA DE HENDIDURA	MARCO
USS USAQUEN	LENSOMETRO	MARCO
USS USAQUEN	PROYECTOR	MARCO
USS USAQUEN	QUERATÓMETRO	MARCO
USS USAQUEN	TONÓMETRO	HAAG STREIT
USS USAQUEN	SILLÓN DE EXÁMEN	MARCO
USS CALLE 80	LAMPARA DE HENDIDURA	TOPCON
USS CALLE 80	PROYECTOR DE OPTOTIPOS	CARL ZEISS
USS CALLE 80	QUERATOMETRO	HAAG-STREIR
USS CALLE 80	QUERATOMETRO	NIDEK
USS CALLE 80	SILLÓN DE EXÁMEN	NO REGISTRA
USS CALLE 80	UNIDAD OFTALMOLOGICA	NO REGISTRA
USS CALLE 80	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS CALLE 80	VISIONTESTER	TOPCON

A CARGO DEL OFERENTE ESTARÁ LA CUSTODIA, MANEJO Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE E.S.E.

SE ACLARA QUE CON RESPECTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS PROPIOS DE LA SUBRED CUANDO SE TRATE DE DAÑOS O FALLAS PRODUCTO DE LA ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO SERÁ ASUMIDO POR LA E.S.E; CUANDO LOS DAÑOS O FALLAS CORRESPONDAN A LA UTILIZACIÓN, OPERACIÓN O MAL USO POR PARTE DEL CONTRATISTA LE CORRESPONDE A ESTE ASUMIRLO.

3 OPORTUNIDAD.

3 LOS SIGUIENTES SON LOS CRITERIOS EXIGIDOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, PARA LO CUAL EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE OBLIGA A CUMPLIR DE LA SIGUIENTE MANERA:

- OPORTUNIDAD PARA CONSULTA OFTALMOLOGÍA: NO DEBE SUPERAR LOS 15 DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA PROGRAMACIÓN.
- OPORTUNIDAD PARA CONSULTA SUBESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGÍA: NO DEBE SUPERAR LOS 15 DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA PROGRAMACIÓN.
- OPORTUNIDAD DE CIRUGÍA: NO DEBE SUPERAR LOS 15 DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA PROGRAMACIÓN.
- OPORTUNIDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS: ENTRE CINCO (5) Y OCHO (8) DÍAS
- GARANTIZAR LA OFERTA DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA ACORDE A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA.
- ENTREGAR AGENDA DE PROGRAMACIÓN A LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS EL DÍA 20 DEL MES ANTERIOR A SU PROGRAMACIÓN.
- ATENCIÓN DE URGENCIAS 24 HORAS EN LAS UNIDADES DE SIMÓN BOLÍVAR. PARA LAS UNIDADES DE ENGATIVÁ- CALLE 80 Y CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DEBERÁ GARANTIZAR LO SIGUIENTE:

☒ 12 HORAS DE SERVICIO PRESENCIAL DIURNO DE LUNES A VIERNES.

☒ DISPONIBILIDAD NOCTURNA: ATENCIÓN POR LLAMADO CON UNA RESPUESTA NO MAYOR A 2 HORAS.

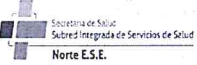
☒ LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS 6 HORAS DE SERVICIO PRESENCIAL DIURNO, PARA EL RESTO DE HORAS DIURNAS Y NOCTURNAS SERÁN ATENDIDAS POR LLAMADO CON UNA RESPUESTA NO MAYOR A 2 HORAS.

1, TÉCNICOS CALIFICABLES:

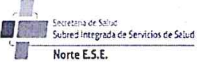
EVALUACIÓN TECNICA 400 PUNTOS (CUATROCIENTOS PUNTOS)
EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LA PROPUESTA EN LA PLATAFORMA SECOP II, CON LA DOCUMENTACIÓN Y SOPORTES REQUERIDOS.

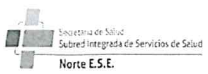
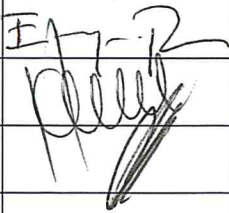
3,1 REQUISITOS CALIFICABLES

	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>022-2020 S.NTE</u>										
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>PUNTAJE ASIGNADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">1. Debe acreditar experiencia mediante la presentación de máximo (5) contratos celebrados con objeto igual o similar al del presente proceso, durante los últimos cinco (5) años y cuyo valor sea igual o superior a tres (3) veces el valor del presupuesto asignado para este proceso.</td> <td>1 contrato: 80 Puntos</td> </tr> <tr> <td>2 contratos 160 Puntos</td> </tr> <tr> <td>3 contratos 240 Puntos</td> </tr> <tr> <td>4 contratos 320 Puntos</td> </tr> <tr> <td>5 contratos 400 Puntos.</td> </tr> </tbody> </table>	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE ASIGNADO	1. Debe acreditar experiencia mediante la presentación de máximo (5) contratos celebrados con objeto igual o similar al del presente proceso, durante los últimos cinco (5) años y cuyo valor sea igual o superior a tres (3) veces el valor del presupuesto asignado para este proceso.	1 contrato: 80 Puntos	2 contratos 160 Puntos	3 contratos 240 Puntos	4 contratos 320 Puntos	5 contratos 400 Puntos.	
DESCRIPCIÓN	PUNTAJE ASIGNADO									
1. Debe acreditar experiencia mediante la presentación de máximo (5) contratos celebrados con objeto igual o similar al del presente proceso, durante los últimos cinco (5) años y cuyo valor sea igual o superior a tres (3) veces el valor del presupuesto asignado para este proceso.	1 contrato: 80 Puntos									
	2 contratos 160 Puntos									
	3 contratos 240 Puntos									
	4 contratos 320 Puntos									
	5 contratos 400 Puntos.									
ECONÓMICOS: - 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 SEISCIENTOS (600) PUNTOS MÁXIMO. - 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 SEISCIENTOS (600) PUNTOS LA OFERTA DE MENOR VALOR Y EN FORMA INVERSAMENTE PROPOR-CIONAL LAS DEMÁS PROPUESTAS. - LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. - LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL. - TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL ANEXO Y EN LA PREGUNTA DE LISTA DE PRECIOS DEL SECOP II DEBE COINCIDIR.										
CRITERIOS DE EVALUACIÓN										
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.									
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: ÍNDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE. B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / 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: 1. CAPITAL DE TRABAJO = ACTIVO CORRIENTE - 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. EVALUACIÓN CALIFICABLE: MAXIMO 400 PUNTOS									
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. 3. OBTENDRÁ SEISCIENTOS (600) PUNTOS LA OFERTA DE MENOR VALOR Y EN FORMA INVERSAMENTE PROPOR-CIONAL LAS DEMÁS PROPUESTAS. NOTA: TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL ANEXO Y EN LA PREGUNTA DE LISTA DE PRECIOS DEL SECOP II DEBE COINCIDIR.									
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.									

	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>022-2020 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	TRESCIENTOS VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$320,000,000)		No.	332
Rubro Presupuestal	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		Fecha del CDP	31/10/2020
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	DOS (2) MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de exigibilidad	A) 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.			
	B) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EL CONTRATISTA, DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA 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.			
	D) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			
	GENERALES:			
	1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.			
	2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.			
	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.				

	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>022-2020 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.	
	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. ATENCIÓN DE PACIENTES DE OFTALMOLOGÍA EN CONSULTA EXTERNA PARA LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE: OFTALMOLOGÍA, GLAUCOMATOLOGÍA, RETINA Y VÍTREO, OCULOPLÁSTIA, OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA. 2. REALIZAR LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y/O URGENCIAS CON UNA OPORTUNIDAD QUE NO SUPERE LAS 6 HORAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y 2 HORAS PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN LAS CONDICIONES DE OPORTUNIDAD DEFINIDAS EN EL PARÁGRAFO DE OPORTUNIDAD. SIN EMBARGO ES RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE GARANTIZAR LA ORIENTACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA TELEFÓNICA AL EQUIPO MÉDICO DE BASE SI SE LLEGARA A DEMANDAR MIENTRAS SURTE EL DESPLAZAMIENTO O RESPUESTA PRESENCIAL POR EL ESPECIALISTA O SUB ESPECIALISTA EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. 3. DEBE EVITAR LA REPROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR DIFICULTAD DE TALENTO HUMANO, DAÑO DE EQUIPOS Y/ O INSUFICIENCIA DE LOS MISMOS. EN CASO DE IMPROVISO, DEBERÁ CONTAR CON PLAN DE CONTINGENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. 4. ADHERIRSE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN. 5. DEBERÁ PRESENTAR CRONOGRAMA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS DE SU PROPIEDAD 6. COLOCAR EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO Y DE CONSULTORIO NECESARIO PARA LAS ACTIVIDADES QUE DÉ CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE CALIDAD VIGENTES (RESOLUCIÓN 2003 DE 2014) EL CUAL DEBERÁ QUE SERÁ DE USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE. 7. CONTAR DE FORMA PERMANENTE Y SUFICIENTE CON TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS (LENTE RÍGIDOS PARA CIRUGÍA EXTRACAPSULAR) PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO IMPLEMENTANDO CONTROLES DE INGRESO, ALMACENAMIENTO, VERIFICACIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO, CONDICIONES DE CALIDAD Y ADMINISTRACIÓN DE LOS MISMOS. 8. PROVEER EL CARRO DE PARO (MUEBLE) CON DESFIBRILADOR EN LAS SEDES DONDE LA SUBRED NORTE LO REQUIERA, EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS (HABILITACIÓN) Y LA POLÍTICA DE ATENCIÓN EXCELENTE Y SEGURA DE LA SUBRED NORTE ESE. 9. NO SE DEBERÁ RECIBIR VISITADORES MÉDICOS EN LOS CONSULTORIOS. 10. NO DEBERÁ RECIBIR, ALMACENAR, NI DISTRIBUIR MUESTRAS MÉDICAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN. 11. REGISTRO COMPLETO DE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES. 12. DILIGENCIAR ADECUADAMENTE LAS HISTORIAS CLÍNICAS A TODOS Y CADA UNO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS, BIEN SEA REALIZANDO EN FORMA AUTOMATIZADA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN NO. 1995 DEL 8 DE JULIO DE 1999 EMANADA DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. 13. DAR CUMPLIMIENTO AL SEGUIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, ASÍ COMO LA REVISIÓN Y ADAPTACIÓN DE LAS MISMAS, CON LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. 14. REALIZAR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD O PARTICIPAR EN ELLOS, FORMULAR DIAGNÓSTICO, PRACTICAR EXÁMENES Y PRESCRIBIR EL TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIRSE A LOS PACIENTES A SU CARGO, TENIENDO EN CUENTA LOS DERECHOS DEL ENFERMO Y LAS GUÍAS. 15. REALIZAR DENTRO DE SU ESPECIALIDAD LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES A MEDICINA LEGAL Y PREVENTIVA. 16. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL PERSONAL DE SALUD QUE ESTÉ A CARGO DE LOS PACIENTES SOBRE PROCEDIMIENTOS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD. 17. DILIGENCIAR PERSONALMENTE Y DURANTE LA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICAR LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y PROCEDIMIENTOS QUE CONSIDERE INDISPENSABLES Y QUE PUEDAN AFECTAR AL PACIENTE FÍSICA O SÍQUICAMENTE, SALVO EN LOS CASOS EN QUE ELLO NO FUERE POSIBLE, Y LE EXPLICARÁ AL PACIENTE O A SUS RESPONSABLES DE TALES CONSECUENCIAS ANTICIPADAMENTE ESTA ACTIVIDAD NO PUEDE SER DELEGADA EN ESTUDIANTES NI EN MÉDICOS GENERALES. 18. INFORMAR EN FORMA DETALLADA Y VERAZ EL ESTADO, PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE. 19. REGISTRAR DIARIAMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO Y REALIZAR UN RESUMEN FINAL O EPICRISIS AL DAR DE ALTA AL PACIENTE, DE CONFORMIDAD A LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN.	

	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CODIGO : AP-CT-F-04-04 VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. 022-2020 S.NTE		
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.	
Obligaciones del Contratista	20. DILIGENCIAR ADECUADAMENTE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RIPS Y FORMATOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS PARA DAR TRÁMITE ADECUADO AL PROCESO DE FACTURACIÓN, Y A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. 21. REGISTRAR LAS ENFERMEDADES TRATADAS DE ACUERDO A LA CODIFICACIÓN VIGENTE, COMO TAMBIÉN REGISTRAR DE MANERA ADECUADA LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LA CODIFICACIÓN REQUERIDA 22. BRINDAR APOYO DOCENTE A ESTUDIANTES DE PRE Y POSTGRADO, DE CONFORMIDAD A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS POR EL HOSPITAL Y PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MISMOS, CUANDO ROTEN POR EL SERVICIO. 23. ADELANTAR Y PROPONER ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD EXISTENTE Y LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL Y PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN ACORDES CON SU ESPECIALIDAD, QUE SE DESARROLLEN O PROGRAMEN EN EL HOSPITAL. 24. PARTICIPAR EN LA REALIZACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TODAS AQUELLAS SITUACIONES QUE CONSTITUYAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACIÓN E INFORMAR SOBRE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, ASÍ COMO DILIGENCIAR LOS REGISTROS Y CONTROLES ESTADÍSTICOS CON FINES CIENTÍFICOS Y ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD. 25. PARTICIPAR EN LA EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y APLICAR PROCEDIMIENTOS Y CONTROLES ESTABLECIDOS PARA GARANTIZAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA E IMPACTO EN EL DESEMPEÑO DE SUS LABORES EN COORDINACIÓN CON EL DIRECTOR DE PROCESO RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN TÉCNICA DEL CONTRATO. 26. GARANTIZAR QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SU ESPECIALIDAD SEAN DEBIDAMENTE FACTURADOS, DILIGENCIANDO ADECUADAMENTE LA DOCUMENTACIÓN QUE SEA DE SU COMPETENCIA, TANTO EN LO ASISTENCIAL COMO EN LO ADMINISTRATIVO (FACTURACIÓN, ESTADÍSTICA, ETC.). EN EL CASO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS SE DEBE GARANTIZAR LA REALIZACIÓN PREVIA AUTORIZACIÓN DEL PAGADOR. 27. PREPARAR Y PRESENTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN DEL SERVICIO SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON LA OPORTUNIDAD Y PERIODICIDAD REQUERIDAS. 28. PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS Y GUÍAS ASISTENCIALES DE SU ÁREA. 29. CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES EN EL TEMA AMBIENTAL, EN ESPECIAL LAS DEL PIGA 30. PROPICIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y EL AUTOCONTROL EN LA INSTITUCIÓN Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN SU DESARROLLO EN CONCORDANCIA CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD. 31. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. NOTIFICAR LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS, PARTICIPAR EN EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE E IMPLEMENTAR PLANES DE MEJORA A QUE HAYA LUGAR 32. CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS DEL PLAN DE GESTIÓN EN COORDINACIÓN CON LOS DIRECTORES DE PROCESO. 33. PROPENDER POR EL LOGRO DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES INSTITUCIONALES. 34. GARANTIZAR LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES, EQUIPOS Y DEMÁS ELEMENTOS QUE SE UTILICEN EN LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES. 35. CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LA CONSTITUCIÓN, LA LEY Y SUS REGLAMENTOS. 36. SEGREGAR Y DESACTIVAR DE FORMA ADECUADA LOS RESIDUOS Y CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. 37. VELAR POR EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y RECURSOS DE SU ESPECIALIDAD E INFORMAR OPORTUNAMENTE EL DETERIORO 38. MAL FUNCIONAMIENTO DE LOS MISMOS, Y RESPONDER POR EL MAL USO DE LOS MISMOS DE ACUERDO AL REPORTE DE MANTENIMIENTO. 39. INFORMAR POR LOS CONDUCTOS REGulares CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 40. ACATAR LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. 41. DAR CUMPLIMIENTO A LOS INDICADORES Y METAS DE PRODUCCIÓN Y FACTURACIÓN ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN. 42. DAR RESPUESTA INTEGRAL A LAS QUEJAS PRESENTADAS POR LOS USUARIOS EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 43. INFORMAR CON 8 DÍAS DE ANTICIPACIÓN LA CANCELACIÓN DE CONSULTAS Y/O PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y GARANTIZAR LA REPROGRAMACIÓN DE LOS PACIENTES. 44. PARTICIPAR CON EL HOSPITAL EN LAS JORNADAS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DECRETADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES 45. LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE ENCUENTREN ACORDES CON SU ESPECIALIDAD Y LA NATURALEZA DEL CONTRATO. 46. EL OFERENTE DEBERÁ LLEVAR CONTROL DEL NÚMERO DE ACTIVIDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS PACTADAS CON LAS DIFERENTES EAPB. 47. EL PROPONENTE DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO A LOS CRITERIOS DE OPORTUNIDAD QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN: · OPORTUNIDAD PARA CONSULTA OFTALMOLOGÍA: NO DEBE SUPERAR LOS 15 DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA PROGRAMACIÓN.	

	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>022-2020 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.		
	· OPORTUNIDAD PARA CONSULTA SUBESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGÍA: NO DEBE SUPERAR LOS 15 DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA PROGRAMACIÓN. · OPORTUNIDAD DE CIRUGÍA: NO DEBE SUPERAR LOS 15 DÍAS ENTRE LA SOLICITUD Y LA PROGRAMACIÓN. · OPORTUNIDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS: ENTRE CINCO (5) Y OCHO (8) DÍAS · GARANTIZAR LA OFERTA DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA ACORDE A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA. · ENTREGAR AGENDA DE PROGRAMACIÓN A LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS EL DÍA 20 DEL MES ANTERIOR A SU PROGRAMACIÓN. · ATENCIÓN DE URGENCIAS 24 HORAS EN LAS UNIDADES DE SIMÓN BOLÍVAR. PARA LAS UNIDADES DE ENGATIVÁ- CALLE 80 Y CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DEBERÁ GARANTIZAR LO SIGUIENTE: Ø 12 HORAS DE SERVICIO PRESENCIAL DIURNO DE LUNES A VIERNES. Ø DISPONIBILIDAD NOCTURNA: ATENCIÓN POR LLAMADO CON UNA RESPUESTA NO MAYOR A 2 HORAS. Ø LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS 6 HORAS DE SERVICIO PRESENCIAL DIURNO, PARA EL RESTO DE HORAS DIURNAS Y NOCTURNAS SERÁN ATENDIDAS POR LLAMADO CON UNA RESPUESTA NO MAYOR A 2 HORAS.		
	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 APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA ANEXO 6: TÉCNICO		
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: PRESTAR EL SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA DE LUNES A DOMINGO", ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, PARA GARANTIZAR LA REALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD, OPORTUNIDAD, HUMANIZACIÓN, CONTINUIDAD, ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD.

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 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	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____		
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: _____		NOMBRES _____
PRIMER APELLIDO _____		SEGUNDO APELLIDO _____
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 _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____		PORTAL/PAGINA INTERNET: _____
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA _____		DEPARTAMENTO/ CIUDAD _____
PAÍS _____		TELÉFONO/FAX _____
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)		
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐		
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____		
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE ☐ SI ☐ NO ☐	RENTA/CREE ☐ SI ☐ NO ☐	IVA ☐ SI ☐ NO ☐
ICA ☐ SI ☐ NO ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA _____	PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐
GRAN CONTRIBUYENTE ☐ SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR ☐ SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR ☐ 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 MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN		
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
NUMERO 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. INFORMACION 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: _____		
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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		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 médica, 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.

 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	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, (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email 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 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES	
_____ Firma Cliente / Representante Legal	Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

ANEXO No 05 PROPUESTA ECONÓMICA SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Consumo Promedio Mensual	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total Unitario
1	Ultrasonografía	50	A Demana	Procedimiento			-
2	Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de segmento posterior	43	A Demana	Procedimiento			-
3	Tomografía con pruebas provocativas	10	A Demana	Procedimiento			-
4	Sondeo vías lagrimales (mínimo 3 sesiones), incluye: estricturotomía	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
5	Cauterización de puntos lagrimales	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
6	Electrólisis de pestañas	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
7	Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
8	Curetaje de la conjuntiva o córnea	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
9	Inyección sub conjuntival	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
10	Drenaje absceso córnea	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
11	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
12	Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
13	Topografía corneal computarizada, unilateral	4	A Demana	Procedimiento			-
14	Recuento de células endoteliales	40	A Demana	Procedimiento			-
15	Paquimetría (unilateral)	40	A Demana	Procedimiento			-
16	Biometría ocular (unilateral)	60	A Demana	Procedimiento			-
17	Interferometría (unilateral)	40	A Demana	Procedimiento			-
18	Interferometría (bilateral)	a demanda	A Demana	Procedimiento			-
19	Fotografía a color de segmento posterior (unilateral)	15	A Demana	Procedimiento			-
20	Campo visual computarizado	50	A Demana	Procedimiento			-
21	Drenaje absceso palpebral	6	A Demana	Procedimiento			-
22	Drenaje chalazión	a demanda	A Demana	Procedimiento			-

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

ANEXO No 05 PROPUESTA ECONÓMICA SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Consumo Promedio Mensual	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total Unitario
23	Tomografia Optica Coherente	15	A Demana	Procedimiento			-
24	Consulta oftalmologia general	1045	A Demana	Consulta			-
25	Consulta supraespecialidades	332	A Demana	Consulta			-
26	Consulta Plan Canguro	48	A Demana	Consulta			-
27	Cirugía Oftalmologica de mediana complejidad	100	A Demana	Cirugia			-
28	Cirugía Oftalmologica de alta complejidad	150	A Demana	Cirugia			-
29	Interconsulta (urgencias)	169	A Demana	Consulta			-
				TOTAL			-

El consumo promedio mensual, es un dato infromativo

Nombre:

Firma

Representante Legal

ANEXO No 6 TÉCNICO

REQUISITOS TÉCNICOS CONVOCATORIA OFTALMOLOGIA

DESCRIPCIÓN TECNICA:

Contratar el servicio Integral de Oftalmología General y Subespecialidades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., durante las 24 horas del día de lunes a domingo", así como la disponibilidad de equipos, para garantizar la realización de la atención con calidad, oportunidad, humanización, continuidad, accesibilidad y seguridad.

La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. Es así como en Colombia dentro del texto de la constitución política señala en el "Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".

Principio fundamental que busca cumplirse a través de la expedición de la Ley 100 de 1993 con el artículo 195 con la creación de las empresas sociales del Estado, como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, quienes a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad pueda dar cumplimiento a las satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E presta servicios integrales de salud de baja, mediana y alta complejidad y adelanta las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo que le brindan al usuario una atención integral, fortaleciendo las acciones de autocuidado, mutuo cuidado y las

intersectoriales que fomenten acciones individuales y colectivas para incentivar estilos de vida saludable los cuales contemplan actividades de Oftalmología General y Subespecializada en las áreas consulta ambulatoria, Urgencias y Hospitalización, para la población subsidiada, contributiva, participante vinculada y particular de las localidades de Suba, Engativá, Usaquén, Barrios Unidos, Teusaquillo y Chapinero de acuerdo a la contratación que la Institución tiene con el Fondo Financiero Distrital de Salud, las diferentes EAPB y el convenio de fortalecimiento de CAPS No. 673.

Se tendrá en cuenta la siguiente estadística de procedimientos de consulta externa y procedimientos quirúrgicos del periodo comprendido entre enero a noviembre 2019.

Tabla 1. Consolidado Consulta Externa Oftalmología. Enero a noviembre 2019

OFTALMOLOGIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	TOTAL
USS CSE SUBA	326	362	313	237	398	338	680	297	512	128	0	3,591
USS CHAPINERO	-	-	34	42	-	-	33	0	57	64	118	348
USS ENGATIVÁ CALLE 80	294	251	358	639	376	397	728	377	579	607	540	5,146
USS SIMÓN BOLÍVAR	992	836	767	410	1,088	743	981	793	1,007	826	911	9,354
Total oftalmología	1,612	1,449	1,472	1,328	1,862	1,478	2,422	1,467	2,155	1,625	1,569	18,439
OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	TOTAL
USS CSE SUBA	45	34	40	60	37	52	53	46	70	26	0	463
USS ENGATIVÁ CALLE 80	28	47	42	32	57	49	47	30	41	51	19	443
USS SIMÓN BOLÍVAR	59	62	78	83	92	66	51	75	91	53	48	758
Total oftalmología pediátrica	132	143	160	175	186	167	151	151	202	130	67	1,664
Total general	1,744	1,592	1,632	1,503	2,048	1,645	2,573	1,618	2,357	1,755	1,636	20,103

Fuente: Gestión de la Información – Oficina Desarrollo institucional

Tabla 2. Consolidado Cirugía Oftalmología. Enero a noviembre 2019

Cirugía Oftalmológica	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	TOTAL
USS CSE SUBA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
USS ENGATIVÁ CALLE 80	72	122	114	83	130	46	92	116	86	94	50	1,005
USS SIMÓN BOLÍVAR	92	160	154	96	258	132	199	154	152	122	45	1,564
Total general	164	282	269	179	388	178	291	270	238	216	95	2,570

Fuente: Gestión de la Información – Oficina Desarrollo institucional

DOCUMENTOS DE CARÁCTER TÉCNICO - FACTOR HABILITADOR

A esta evaluación **NO** se le asignará puntaje, su resultado será **HABILITADO o NO HABILITADO**.

Para la verificación de la capacidad técnica se tendrá en cuenta el cumplimiento de los requisitos habilitantes establecidos en la presente Convocatoria.

1. FACTORES HABILITANTES:

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41

PBX.: 57(1) 443 1790

www.subrednorte.gov.co

INF.: Línea 195

1.1 RECURSO HUMANO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El oferente deberá presentar en la propuesta técnica el personal que asignará a cada actividad considerando los siguientes requerimientos mínimos:

El oferente debe garantizar la disponibilidad para el desarrollo del contrato como mínimo:

- 450 horas de Médicos con especialización en Oftalmología y los necesarios de acuerdo con la demanda de la especialidad para cumplir los indicadores de calidad. Para las subespecialidades como Cornea y Oftalmología Pediátrica se garantizarán mínimo 90 horas para cada una.

Además de lo anterior, deberá garantizar las siguientes supra especialidades:

- Un Médico Cirujano con especialización en Oftalmología y Subespecialidad en Glaucoma.
- Un Médico Cirujanos con especialización en Oftalmología y Subespecialidad en Clínica del Vítreo y Retina.
- Un Médico Cirujano con especialización en Oftalmología y Subespecialidad en Cornea.
- Un Médico Cirujano con especialización en Oftalmología y Subespecialidad en Oculoplastia.
- Un Médico Cirujano con especialización en Oftalmología y Subespecialidad en Pediatría.
- Las Horas de recurso humano disponible deberá garantizar un número de profesionales suficiente para cubrir la demanda de los servicios y podrá variar de acuerdo a ella, dando cubrimiento a los servicios de consulta externa, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, hospitalización, cirugía programada, cirugía urgencia y disponibilidad de urgencias.
- Adherirse a los tiempos establecidos por la entidad en cuanto a: consulta, control quirúrgico, control no quirúrgico, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de conformidad con la siguiente tabla, así:

Tabla 3. Tiempos establecidos por actividad.

NOMBRE ACTIVIDAD	RENDIMIENTO POR HORA
CONSULTA PRIMERA VEZ Y/O CONTROL NO QUIRÚRGICO	3 actividades por hora
CONTROL POST QUIRÚRGICO	4 actividades por hora
ECOGRAFÍA	4 actividades por hora
INTERFEROMETRÍA	4 actividades por hora
BIOMETRÍA	4 actividades por hora
CAMPO VISUAL	2 actividades por hora
PAQUIMETRÍA	4 actividades por hora
ANGIOGRAFÍA	2 actividades por hora
TOMOGRAFÍA	2 actividades por hora
FOTO A COLOR	4 actividades por hora
RECuento DE CÉLULAS	4 actividades por hora
IRIDECTOMÍA	2 actividades por hora
CAPSULOTOMÍA	2 actividades por hora

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41

PBX.: 57(1) 443 1790

www.subrednorte.gov.co

INF.: Línea 195

En cuanto a los tiempos en Sala de Cirugía el oferente se debe adherir a los tiempos establecidos por la Subred Norte de acuerdo al Grupo Quirúrgico.

1.1.1 PERSONAL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALIZADO EN OFTALMOLOGIA

a) Especialistas en el área de Oftalmología suficientes para cubrir los servicios y que permitan el cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos y que hacen parte de la presente convocatoria:

- 1) Título profesional de pregrado en medicina otorgado por Universidad reconocida oficialmente por el gobierno colombiano.
- 2) Título profesional de posgrado en Oftalmología, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado).
- 3) Tarjeta profesional y/o registro médico expedida por la Secretaria Distrital de Salud.
- 4) Todos los profesionales deben contar con un mínimo de un año de experiencia certificada en el ejercicio de su profesión.
- 5) Deberá adjuntar una carta en original, donde autoriza incluir su hoja de vida en la oferta presentada por el proponente
- 6) Los especialistas que hayan cursado sus estudios de pregrado y posgrado en el exterior deben contar con validación del título ante el ministerio de educación.
- 7) Tarjeta profesional y/o registro médico
- 8) Soporte Inscripción en el RETHUS.
- 9) Soporte de Inscripción al MIPRES como prescriptor.

1.1.2 PERSONAL PROFESIONAL MEDICO SUBESPECIALIZADO EN OFTALMOLOGIA

Especialistas en el área de Oftalmología con subespecialidades solicitadas suficientes para cubrir los servicios y que permitan el cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos y que hacen parte de la presente convocatoria:

- 1) Título profesional de pregrado en medicina otorgado por Universidad reconocida oficialmente por el gobierno colombiano.
- 2) Título profesional de posgrado en Oftalmología, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado).
- 3) Título profesional de posgrado en supraespecialidad en Oftalmología, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado).
- 4) Tarjeta profesional y/o registro médico expedida por la Secretaria Distrital de Salud.
- 5) Todos los profesionales deben contar con un mínimo de un año de experiencia certificada en el ejercicio de su profesión.

- 6) Deberá adjuntar una carta en original, donde autoriza incluir su hoja de vida en la oferta presentada por el proponente
- 7) Tarjeta profesional y/o registro médico
- 8) Soporte de Inscripción en el RETHUS.
- 9) Soporte de Inscripción al MIPRES como prescriptor

1.1.3 PERSONAL AUXILIAR

Deberá ofertar 1 auxiliar de enfermería para cada una de las UMHES (Tres en total) (Simón Bolívar, Centro de Servicios Especializados y Engativá-Calle 80).

- a) Título auxiliar en enfermería otorgado por Instituto reconocido oficialmente.
- b) Tarjeta profesional.
- c) Soporte de Inscripción en el RETHUS.
- d) Experiencia certificada mínima de un (1) año en el servicio de Oftalmología, según el caso.

Parágrafo: Para la verificación de las condiciones del personal, el oferente acreditará la idoneidad y experiencia exigida, allegando las Hojas de vida del equipo de talento humano con el cual se ejecutarán las actividades.

El proveedor seleccionado deberá notificar con un mínimo de cinco (5) días de antelación la vinculación de personal nuevo y/o cambio de equipos, lo cual deberá realizar notificación al supervisor técnico del contrato con el fin de verificar el cumplimiento de los requerimientos aquí establecidos.

1.2 EQUIPOS – FACTOR HABILITANTE

El oferente deberá contar con los siguientes equipos para prestar el servicio en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

Tabla 4. Listado de Equipos por unidad.

EQUIPO	USS SIMON BOLIVAR	USS CSE SUBA	USS ENGATIVA- CALLE 80
• UN (1) ANGIOGRAFO DIGITAL	1		
• UN (1) BIOMETRO DE INMERSIÓN.	1		
• UN (1) ECÓGRAFO OFTALMOLÓGICO.	1		
• UN (1) EQUIPO DE VITRECTOMÍA.	1		
• UN (1) EQUIPO DE CRIOTERAPIA.			1
• UN (1) JUEGO DE INSTRUMENTAL PARA OFTALMOLOGÍA (RETINA, OCULOPLÁSTIA, CATARATA, GLAUCOMA, PTERIGIO).	1		1
• UN (1) INTERFERÓMETRO	1		
• UN (1) LENTE ABRAHAM PARA CAPSULOTOMÍA YAG LASER.	1		

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41
PBX.: 57(1) 443 1790
www.subrednorte.gov.co
INF.: Línea 195

• UN (1) LENTE ABRAHAM PARA IRIDOTOMÍA YAG LASER.	1		
• UN (1) LENTE TRASECUATORIAL PARA FOTOCOAGULACIÓN, DIODO O ARGÓN.	1		
• UN (1) LASER ARGÓN. PEDIÁTRICO Y ADULTO	1		
• UN (1) LASER YAG.	1		
• UN (1) MICROSCOPIO OFTALMOLÓGICO.	1		1
• UN (1) TOMÓGRAFO ÓPTICO COHERENTE OCT	1		
• UNA (1) REGLA BIOMÉTRICA POSTERIOR.	1		
• UN (1) TOPÓGRAFO CORNEAL.	1		
• UNA (1) CÁMARA SEGMENTO ANTERIOR Y POSTERIOR.	1		
• UN (1) AUTOREFRACTÓMETRO	1		
• UN (1) CAMPIMETRO	1		
• UN (1) ESTERILIZADOR.	1		
• UN (1) PAQUÍMETRO ULTRASÓNICO	1		
• UNA (1) LÁMPARA DE HENDIDURA	1	1	1
• UN (1) TONÓMETRO DE APLICACIÓN	1	1	1
• UN (1) LENTE DE GOLMANN DE TRES ESPEJOS.	1		
• UN (1) LENTE DE RUBY.	1		
• UN (1) OFTALMOSCOPIO INDIRECTO, LENTE 60, 78 O 90 DIOPTRIAS	1	1	1
• UN (1) EQUIPO DE INSTRUMENTAL PARA RETIRAR PUNTOS O PARA COLOCAR INYECCIONES SUBCONJUNTIVALES Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES.	1	1	1
• TEST O PRUEBAS DE VALORACIÓN CROMÁTICA Y DE ESTEREOPSIS.	1	1	1

Los demás equipos e instrumental que se requieran para el cumplimiento del contrato.

Para la verificación de las condiciones y características de los equipos, el oferente deberá acreditar que son de su propiedad con las respectivas cartas, o presentar el documento en el que se establezca la voluntad de alquilarlos, anexando las hojas de vida de los mismos, estas hojas de vida deberán contener registrado el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Anexar Hoja de Vida del Ingeniero Biomédico y/o la empresa que realiza el mantenimiento preventivo y/o correctivo.

La Subred Integrada de Servicios de Salud cuenta con equipos propios que deberán ser utilizados por el oferente. A continuación, se presenta el detalle de los mismos:

Tabla 5. Equipos de Oftalmología Subred Norte.

USS	EQUIPO	MARCA
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMPIMETRO	CARL ZEISS
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	FOROPTER	REICHERT
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	FOROPTER	HOPE CLOVER

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41

PBX.: 57(1) 443 1790

www.subrednorte.gov.co

INF.: Línea 195

USS SIMÓN BOLIVAR	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	AUTOREFRACTO/ QUERATOMETRO	NIDEK
USS SIMÓN BOLIVAR	QUERATOMETRO	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO DE APLANACION	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMPO RADIOVISION	RODENSTOCK
USS SIMÓN BOLIVAR	LENSOMETRO	MARCO
USS SIMÓN BOLIVAR	MICROSCOPIO	TAKAGI
USS SIMÓN BOLIVAR	QUERATOMETRO	BAUSCH Y LOMB
USS SIMÓN BOLIVAR	PROYECTOR	AMERICAN OPTICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	NIDEK
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	LAMPARA DE HENDIDURA	LED SLIT LAMP
USS SIMÓN BOLIVAR	REFRACTOMETRO	TOPCON
USS SIMÓN BOLIVAR	FOROPTER	AMERICAN OPTICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	LASER FOTODISRUPTOR	ELLEX MEDICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	LASER YAG	ELLEX MEDICAL
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMA RETINAL	CANON
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO DE APLANACION	PERKIUS
USS SIMÓN BOLIVAR	UNIDAD DE REFRACCION	WELCH ALLYN
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO DE APLANACION	HAAG STREIT
USS SIMÓN BOLIVAR	REGLA BIOMETRICA/PAQUIMETRO ULTRASONICO	ALCON
USS SIMÓN BOLIVAR	ECOGRAFO	B-SCAN PLUS
USS SIMÓN BOLIVAR	INTERFEROMETRO	HEINE
USS SIMÓN BOLIVAR	MICROSCOPIO ESPECULAR	TOMEY
USS SIMÓN BOLIVAR	TOMOGRAFO	ZEISS
USS SIMÓN BOLIVAR	CAMARA DE RETINA	VOLK PICTOR
USS SIMÓN BOLIVAR	PENTACAM	OCULUS
USS SIMÓN BOLIVAR	MESA ELECTRICA	OCULUS TYP
USS SIMÓN BOLIVAR	TONOMETRO APLANATICO	HAAG STREIT BERN
USS SIMÓN BOLIVAR	ESTERILIZADOR	STATIM 5000
CSE	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	
USS USAQUEN	LÁMPARA DE HENDIDURA	MARCO
USS USAQUEN	LENSOMETRO	MARCO
USS USAQUEN	PROYECTOR	MARCO
USS USAQUEN	QUERATOMETRO	MARCO
USS USAQUEN	TONÓMETRO	HAAG STREIT
USS USAQUEN	SILLÓN DE EXÁMEN	MARCO
USS CALLE 80	LAMPARA DE HENDIDURA	TOPCON
USS CALLE 80	PROYECTOR DE OPTOTIPOS	CARL ZEISS
USS CALLE 80	QUERATOMETRO	HAAG-STREIR
USS CALLE 80	QUERATOMETRO	NIDEK
USS CALLE 80	SILLÓN DE EXÁMEN	NO REGISTRA
USS CALLE 80	UNIDAD OFTALMOLOGICA	NO REGISTRA
USS CALLE 80	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
USS CALLE 80	VISIONTESTER	TOPCON

A cargo del oferente estará la custodia, manejo y cuidado de los equipos propiedad de la Subred Norte E.S.E.

Se aclara que con respecto al mantenimiento correctivo de los Equipos propios de la Subred cuando se trate de daños o fallas producto de la antigüedad del equipo será asumido por la E.S.E; cuando los daños o fallas correspondan a la utilización, operación o mal uso por parte del contratista le corresponde a este asumirlo.

1.3 OPORTUNIDAD.

Los siguientes son los criterios exigidos para dar cumplimiento a la oportunidad del servicio de oftalmología, para lo cual el oferente deberá presentar una carta firmada por el representante legal en la que se obliga a cumplir de la siguiente manera:

- Oportunidad para consulta oftalmología: No debe superar los 15 días entre la solicitud y la programación.
- Oportunidad para consulta subespecializada de oftalmología: No debe superar los 15 días entre la solicitud y la programación.
- Oportunidad de cirugía: No debe superar los 15 días entre la solicitud y la programación.
- Oportunidad para procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Entre cinco (5) y Ocho (8) días
- Garantizar la oferta de servicios de oftalmología general y especializada acorde a la programación establecida.
- Entregar agenda de programación a la dirección de servicios Ambulatorios El día 20 del mes anterior a su programación.
- Atención de Urgencias 24 horas en las Unidades de Simón Bolívar. Para las unidades de Engativá- Calle 80 y Centro de Servicios Especializados deberá garantizar lo siguiente:
 - 12 horas de servicio presencial diurno de lunes a viernes.
 - Disponibilidad Nocturna: atención por llamado con una respuesta no mayor a 2 horas.
 - Los fines de semana y festivos 6 horas de servicio Presencial diurno, para el resto de horas diurnas y nocturnas serán atendidas por llamado con una respuesta no mayor a 2 horas.

2. CRITERIOS TECNICOS CALIFICABLES

2.1 EVALUACIÓN TECNICA 400 puntos (cuatrocientos puntos)

El oferente deberá presentar la propuesta en la plataforma SECOP II, con la documentación y soportes requeridos.

2.2 REQUISITOS CALIFICABLES

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE ASIGNADO
1. Debe acreditar experiencia mediante la presentación de máximo (5) contratos celebrados con objeto igual o similar al del presente proceso, durante los últimos cinco (5) años y cuyo valor sea igual o superior a tres (3) veces el valor del presupuesto asignado para este proceso.	1 contrato: 80 Puntos 2 contratos 160 Puntos 3 contratos 240 Puntos 4 contratos 320 Puntos 5 contratos 400 Puntos.

FIRMA:

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
Subgerente de Servicios de Salud

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Andrea Viviana Soler García	Apoyo Profesional Subgerencia de Servicios de Salud	
Proyectado por:	Patricia Pérez	Directora de Servicios Ambulatorios	
Revisado por:	Patricia Pérez	Directora de Servicios Ambulatorios	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 31 De 2020

CDP. No.

332

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.....: 32103040000000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210304

NOMBRE RUBRO.....: ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 816,312,200.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1,951,187,800.00

SALDO DE APROPIACION : 2,767,500,000.00

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:SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGIA Y SUBESPECIALIDA
DES DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 320,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 320,000,000.00

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

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 816,312,200.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 1,631,187,800.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (336) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

