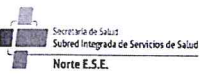
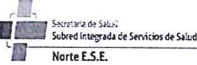
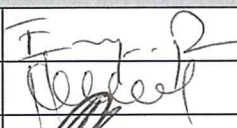


		INVITACIÓN A COTIZAR			CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
					FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. 023 - 2019 S.NTE					
OBJETO A CONTRATAR		LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO, ESCANER, LECTORES SCANNER E IMPRESORAS TERMICAS STIKER PARA CUBRIR LA DEMANDA Y GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DENTRO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORETE ESE.			
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica
1	Computadores con procesador Dual Core o Superior la subred integrada de servicios de salud a traves de procesos de mejoramiento se encuentra implementando un sistema de informacion para tal fin debe brindar tanto a funcionarios como a colaboradores las herramientas informáticas necesarias para el optimo desarrollo de sus actividades diarias.	Unidad	A Demanda	64	Computadores con procesador Dual Core o Superior RAM 2Gb o superior, DD 160 Gb o superior, tared 10/100, dvd, wr, monitor LCD 17" o superior, teclado, mouse, Windows 7 PRO Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimatica mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental
2	Computadores con procesador Core i3 la subred integrada de servicios de salud a traves de procesos de mejoramiento se encuentra implementando un sistema de informacion para tal fin debe brindar tanto a funcionarios como a colaboradores las herramientas informáticas necesarias para el optimo desarrollo de sus actividades diarias.	Unidad	A Demanda	111	Computadores con procesador Core i3, RAM 2 Gb o superior, DD 250 Gb o superior, tared 10/100, DVD, Wr, LCD 17" o superior, teclado, mouse, Windows 7 PRO Licenciado Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimatica mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental
3	Computadores con procesador Core i5 Equipo con torre o todo en uno	Unidad	A Demanda	173	Computadores con procesador Core i5, RAM 4 Gb o superior, DD 500 Gb o superior, LCD 19" o superior, teclado, mouse, Windows PRO Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimatica mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental
4	Scanner Kodak i2620	Unidad	A Demanda	3	Duplex A470 hojas por minuto, 120ipm, ADF de 100 hojas Volúmen diario 7.000 hojas.
5	Impresora tecnología Térmica . Epson TM-T20II Series - Epson. Incluye, instalacion, rollo termico y suministro de 25000 stiker	Unidad	A Demanda	3	Impresora de tickets de alta velocidad. Velocidad de impresión de 200 mm/s. conectividad flexible: Dos modelos: 1) USB + serial 2) USB
6	Lector escaner laser usb	Unidad	A Demanda	3	Lector de codigos de barras 1D laser handheld barcode scanner interface usb ,100 scans/seg, ip54, modo de disparo, manual, multiple lectura, lectura continua, disparo automatico.
7	Lector escaner laser usb Con lectura de códigos DNI cédula y libreta militar.	Unidad	A Demanda	25	Lector de codigos de barras 1D laser handheld barcode scanner interface usb ,100 scans/seg, ip54, modo de disparo, manual, multiple lectura, lectura continua, disparo automatico.
8	Scanner HP Scanjet Professional 7xxx 50 ppm used	Unidad	A Demanda	1	Scanner HP Scanjet Professional 7xxx 50 ppm used
9	Scanner Fujitsu FI-7160 sf Dupl 60 ppm new	Unidad	A Demanda	1	Scanner Fujitsu FI-7160 sf Dupl 60 ppm new
10	Impresora Stiker TSC TTP 2XXX Used Incluye, instalacion, rollo termico y suministro de 25000 stiker	Unidad	A Demanda	1	Impresora Stiker TSC TTP 2XXX Used

	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. 023 - 2019 S.NTE				
OBJETO A CONTRATAR	LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO, ESCANER, LECTORES SCANNER E IMPRESORAS TERMICAS STIKER PARA CUBRIR LA DEMANDA Y GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DENTRO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORETE ESE.			
11	Impresora Stiker Zebra Gk 4xx new sin suministro Incluye, instalacion, rollo termico y suministro de 25000 stiker	Unidad	A Demanda	3
Impresora Stiker Zebra Gk 4xx new sin suministro				
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN				
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		27/02/2019		
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 01/03/2019 Hora: HASTA LAS 4:00 PM Lugar: PLATAFORMA SECOP II		
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 01/03/2019 Hora: 4:10 PM Lugar: PLATAFORMA SECOP II		
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 01/03/2019 Y EL 04/03/2019		
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		05/03/2019		
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		06/03/2019 HASTA LA 2:00 PM		
RESPUESTA A OBSERVACIONES		07/03/2019		
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		
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. 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. CERTIFICACIÓN BANCARIA				
SARLAFT Se deben diligenciar y anexar los documentos solicitados en los dos (2) anexos de PERSONA JURIDICA ANEXO 4 (Empresa) y PERSONA NATURAL ANEXO 5 (Representante Legal)				
PERSONA JURÍDICA 1. FORMATO ET-CA-FT-022 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA SARLAFT 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. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO. 3. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO.				
PERSONA NATURAL 5. FORMATO ET-CA-FT-011 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (REPRESENTANTE LEGAL) SARLAFT EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). 6. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR). 7. 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).				
NOTA: SE DEBEN DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE PONER N/A. TODOS LOS CONCEPTOS DE INGRESO DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS. (ARRENDAMIENTOS, VENTA ACTIVOS, HERENCIAS, LEGADOS, DONACIONES, ETC.) SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.				
TÉCNICOS: EL OFERENTE DEBERÁ ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS TÉCNICOS PARA PRESENTAR PROPUESTA, LA CUAL SE CALIFICARÁ COMO CUMPLE /NO CUMPLE				

	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>023 - 2019 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO, ESCANER, LECTORES SCANNER E IMPRESORAS TERMICAS STIKER PARA CUBRIR LA DEMANDA Y GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DENTRO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.			
1. CRITERIO TECNICO CALIDAD: 1. SE SELECCIONARA EL PROPONENTE QUE OFREZCA LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE ACUERDO AL ANEXO TÉCNICO 1 DEL PRESENTE ESTUDIO. CRITERIO TECNICO OPORTUNIDAD: 2. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE GARANTICE EL SOPORTE TÉCNICO TELEFÓNICO Y/O EN SITIO SOBRE LA CORRECCIÓN DE INCONVENIENTES PRESENTADOS EN LA MODALIDAD 5X8 EN UN MÁXIMO DE TIEMPO DE 2 HORAS PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS EN ÁREAS ADMINISTRATIVAS, Y 7X24 EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 1 HORA PARA LOS EQUIPOS INSTALADOS EN ÁREAS ASISTENCIALES. CRITERIO TECNICO DE EXPERIENCIA: 3. CONSISTE EN LA EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA ENTIDAD PROPONENTE, MAYOR A 1 AÑO CON EMPRESAS DEL ESTADO, PARA LO CUAL DEBE ANEXAR CERTIFICACIÓN DE DOS (2) CONTRATOS RELACIONADOS CON EL OBJETO Y MONTO SUPERIOR O IGUAL AL PRESENTE ESTUDIO. CRITERIO LOGISTICO: 4. El oferente deberá entregar en un máximo de 48 horas los equipos solicitados inicialmente, debidamente instalados y configurados en el sitio de trabajo. SEGUN ANEXO El oferente deberá presentar relación de mínimo el 100% del total de los equipos solicitados, mas un 50% de stock como soporte				
ECONÓMICOS:				
PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR UNITARIO TOTAL, POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS, 1. SEGÚN ANEXO No 6 . ANEXO ECONÓMICO. (ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 3. EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.				
CRITERIOS DE EVALUACIÓN				
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.			
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. PARA LOS DOS (2) ANEXOS; PERSONA JURIDICA (EMPRESA), PERSONA NATURAL (REPRESENTANTE LEGAL)			
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.			
Económicos	SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.			
Criterios de Desempeño	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	OCHENTA Y SIETE MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$87,034,353)	No.	408	
Rubro Presupuestal	GASTOS DE COMPUTADOR	Fecha del CDP	25/02/2019	
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	3 MESES	
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
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.				

	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>023 - 2019 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO, ESCANER, LECTORES SCANNER E IMPRESORAS TERMICAS STIKER PARA CUBRIR LA DEMANDA Y GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DENTRO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORETE ESE.	
Garantías de exigibilidad	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.	
Obligaciones del Contratista	GENERALES: - CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA : EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. - LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS - ENTREGAR LOS EQUIPOS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICA SOLICITADAS. - ENTREGAR MENSUALMENTE EL INVENTARIO DE LOS EQUIPOS ENTREGADOS A LA SUBRED ASI COMO LOS DIFERENTES MOVIMIENTOS (ENTRADAS Y SALIDAS DE LOS EQUIPOS), CABE ACLARAR QUE ESTO LO DEBE REALIZAR EXCLUSIVAMENTE EL PROVEEDOR Y NO PERSONAL DE LA SUBRED. - LOS EQUIPOS DEBERÁN SER ENTREGADOS E INSTALADOS EN LAS SEDES Y DEPENDENCIAS DE LA SUBRED NORTE ESE, EN EL LOS HORARIO DE ATENCIÓN REQUERIDO Y EN FORMA EXTRAORDINARIA POR NECESIDADES DE LA SUBRED PREVIA SOLICITUD DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. - REEMPLAZAR LOS EQUIPOS EN CASO QUE SE ENCUENTREN DEFECTUOSOS O EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS SOLICITADAS, LO ANTERIOR SIN COSTO ALGUNO PARA LA SUBRED NORTE. - RESPONDER EN FORMA OPORTUNA AL USUARIO Y ENTES DE CONTROL ANTE LOS REQUERIMIENTOS INTERPUESTOS POR FALLAS ATRIBUIBLES A LOS EQUIPOS. - ASEGURAR UN TÉCNICO EN COMPUTADORES PARA BRINDAR SOPORTE (DOS DÍAS A LA SEMANA) EN LAS INSTALACIONES DE LA SUBRED Y UNO ADICIONAL PARA REALIZAR LAS TAREAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (LIMPIEZA). - ENTREGAR LOS EQUIPOS COMPLETAMENTE LICENCIADOS DE ACUERDO A LA LEY 603 DE 2000 SOBRE DERECHOS DE AUTOR, LISTOS PARA TRABAJO EN RED. - SUSTITUIR LOS EQUIPOS QUE POR FALLA U OTRA CIRCUNSTANCIA NO PRESTEN EL SERVICIO REQUERIDO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DENTRO DE LOS CUATRO (4) HORAS HÁBILES SIGUIENTES A LA SOLICITUD ESCRITA DEL CONTRATANTE. - MANTENER STOCK DE EQUIPOS DE SOPORTE, ACCESORIOS Y REPUESTOS PARA GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO CONTINUO DE LOS EQUIPOS RENTADOS POR EL PERIODO DE LA CONTRATACIÓN. - ASUMIR LOS COSTOS DE TRANSPORTE, FLETES, SEGUROS Y SIMILARES QUE SE OCASIONEN EN RAZÓN DE LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS. - GARANTIZAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE SE UTILIZARAN PARA PRESTAR EL SERVICIO, PARA LO CUAL SE DEBE REALIZAR SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LOS MISMOS, DURANTE LA EJECUCIÓN DEL MISMO. MANTENIMIENTO PREVENTIVO: LAS ACTIVIDADES REFERENTES AL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE DEBERÁN EFECTUAR EN COORDINACIÓN CON EL SUPERVISOR, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PROPUESTO POR EL CONTRATISTA. EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO: CUANDO SE PRESENTE INCONVENIENTE EN LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS, EL CONTRATISTA DEBERÁ ATENDER LAS LLAMADAS DE LA ENTIDAD EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE, PERO EN NINGÚN CASO MÁS ALLÁ DE CINCO (5) HORAS DESPUÉS DE REPORTADA LA FALLA.	

	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>023 - 2019 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO, ESCANER, LECTORES SCANNER E IMPRESORAS TERMICAS STIKER PARA CUBRIR LA DEMANDA Y GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DENTRO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORETE ESE.		
	12. BRINDAR SOPORTE TÉCNICO TELEFÓNICO Y/O EN SITIO SOBRE LA CORRECCIÓN DE INCONVENIENTES PRESENTADOS EN LA MODALIDAD 5X8 EN UN MÁXIMO DE TIEMPO DE 2 HORAS PARA DISPOSITIVOS INSTALADOS EN ÁREAS ADMINISTRATIVAS, Y 7X24 EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 1 HORA PARA DISPOSITIVOS INSTALADOS EN ÁREAS ASISTENCIALES, A SOLICITUD DEL PERSONAL DE LA SUBRED], LAS VECES QUE SEA REQUERIDO DURANTE EL PERIODO QUE INDICA EL CONTRATO.		
ACLARACIONES			
En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE MENSAJE PÚBLICO DENTRO DEL PROCESO DE LA INVITACIÓN EN LA PLATAFORMA DE SECOP II.		
ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR TODOS 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 PERSONA JURÍDICA ANEXO 5: SARLAFT PERSONA NATUTAL ANEXO 6: ANEXO ECONÓMICO		
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 Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 01

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte@gmail.com

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

Bogotá D.C

Referencia: LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO, ESCANER, LECTORES SCANER E IMPRESORAS TERMICAS STIKER PARA CUBRIR LA DEMANDA Y GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DENTRO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORETE ESE.

Nosotros los suscritos: _____ (Nombre del proponente) de acuerdo lo establecido en la invitación a cotizar, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación a cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

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

Que la cotización tiene un valor total de _____.

Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente al servicio de alquiler de equipos de computo, escáner, lectores escáner e impresoras térmicas stiker

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, _____ Identificado con la
Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en
mi condición de

Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso, de la empresa
_____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en
cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en
concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la
gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega
de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social
en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes
correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo,
por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas
Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de
Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto
Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje
(SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma

Cédula de Ciudadanía No.

En Calidad de

Ciudad y fecha _____

Nota: la presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal
de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese
cargo y se enuncie en la respectiva cámara de comercio.

En caso que la empresa tenga menos de seis (6) meses de creada, deberá
certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

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)

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE					CÓDIGO:AP-GF-F-23-01	
	PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)					VERSIÓN: 1	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					PÁGINA:2 DE 3	
	GESTIÓN FINANCIERA					FECHA:24/10/2018	

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI☐ NO☐

IMPORTACIONES☐

EXPORTACIONES☐

VERSIONES☐

REDESCUENTO☐

OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS☐

LEASING☐

SERVICIOS☐

PAGO DE SERVICIOS☐

PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA☐

OTRA☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACION	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":

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.

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, complemento 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, complemento 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 último periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

9.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

*Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-01
			VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 3 DE 3 FECHA: 24/10/2018

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email 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.

10. FIRMA Y HUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES	
Firma Cliente / Representante Legal	Huella Índice Derecho

11. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		12. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2. Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-24-02	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2 PÁGINA: 2 DE 4 FECHA: 03/12/2018	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

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

7. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral).			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR

8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

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

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción": 1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 3 DE 4 FECHA: 03/12/2018

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

12. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

Declaro expresamente:

- * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- * Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

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

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-F-24-02
	PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 4 DE 4
	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA: 03/12/2018

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

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

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

13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

1. Ciudad y fecha		
2. Nombre del funcionario o Asesor:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐
6. Firma y Cédula		

15. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



INVITACIÓN A COTIZAR No 023 - 2019 S. NTE

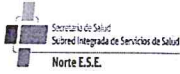
ALQUILER DE EQUIPOS DE COMPUTO

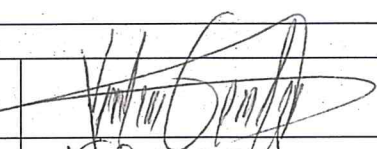
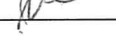
ANEXO No 6 ECONÓMICO

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO	V/R TOTAL MENSUAL
1	Computadores con procesador Dual Core o Superior	UN	64	Computadores con procesador Dual Core o Superior RAM 2Gb o superior, DD 160 Gb o superior, tref 10/100, dvd, wr, monitor LCD 17" o superior, teclado, mouse, Windows 7 PRO Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimática mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental	la subred integrada de servicios de salud a través de procesos de mejoramiento se encuentra implementando un sistema de información para tal fin debe brindar tanto a funcionarios como a colaboradores las herramientas informáticas necesarias para el óptimo desarrollo de sus actividades diarias.		-	-	-
2	Computadores con procesador Core i3	UN	111	Computadores con procesador Core i3, RAM 2 Gb o superior, DD 250 Gb o superior, tref 10/100, DVD, Wr, LCD 17" o superior, teclado, mouse, Windows 7 PRO Licenciado Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimática mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental					
3	Computadores con procesador Core i5	UN	173	Computadores con procesador Core i5, RAM 4 Gb o superior, DD 500 Gb o superior, LCD 19" o superior, teclado, mouse, Windows PRO Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimática mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental	Equipo con torre o todo en uno		-	-	-
4	Scanner Kodak i2620	UN	3	Duplex A470 hojas por minuto, 120ipm, ADF de 100 hojas Volúmen diario 7.000 hojas.			-	-	-
5	Impresora tecnología Térmica - Epson TM-T20II Series - Epson.	UN	3	Impresora de tickets de alta velocidad. Velocidad de impresión de 200 mm/s, conectividad flexible: Dos modelos: 1) USB + serial 2) USB	Incluye, instalación, rollo termico y suministro de 25000 stiker		-	-	-
6	Lector escaner laser usb	UN	3	Lector de codigos de barras 1D laser handheld barcode scanner interface usb , 100 scans/seg, ip54, modo de disparo, manual, multiple lectura, lectura continua, disparo automatico.			-	-	-
7	Lector escaner laser usb	UN	25	Lector de codigos de barras 1D laser handheld barcode scanner interface usb , 100 scans/seg, ip54, modo de disparo, manual, multiple lectura, lectura continua, disparo automatico.	Con lectura de códigos DNI cédula y libreta militar.		-	-	-
8	Scanner HP Scanjet Professional 7xxx 50 ppm used	UN	1	Scanner HP Scanjet Professional 7xxx 50 ppm used			-	-	-
9	Scanner Fujitsu FI-7160 sf Dupl 60 ppm new	UN	1	Scanner Fujitsu FI-7160 sf Dupl 60 ppm new			-	-	-
10	Impresora Stiker TSC TTP 2XXX Used	UN	1	Impresora Stiker TSC TTP 2XXX Used	Incluye, instalación, rollo termico y suministro de 25000 stiker		-	-	-
11	Impresora Stiker Zebra Gk 4xx new sin suministro	UN	3	Impresora Stiker Zebra Gk 4xx new sin suministro	Incluye, instalación, rollo termico y suministro de 25000 stiker		-	-	-
VALOR TOTAL MENSUAL									-
VALOR TOTAL (3) MESES									-

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
NIT

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS				CÓDIGO : AP-CT-F-01-05		
					VERSIÓN : 5		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018		
Fecha de Solicitud D/M/A		08/02/2019		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL					
Proceso:		SISTEMAS DE INFORMACION - TIC					
Correo Electrónico y teléfono		lidertic@subrednorte.gov.co					
PAA(X) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		REFERENTE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC			
OBJETO A CONTRATAR							
La prestación del servicios de alquiler de equipos de computo, escaner, lectores scanner e impresoras termicas sliker para cubrir la demanda y garantizar la adecuada prestación del servicio dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norete ESE.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Mediante Acuerdo No. 641 del 6 de abril de 2016 emanado por el Consejo Distrital "Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones" en el ARTÍCULO 2 "Fusión de Empresas Sociales del Estado. Fusionar las siguientes Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., como sigue: ... Empresas Sociales del Estado de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E." y en el ARTÍCULO 5 "Subrogación de derechos y obligaciones. Subrogar en las Empresas Sociales del Estado, que resultan de la fusión ordenada mediante el presente Acuerdo, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. Las Empresas Sociales del Estado que resulten de la fusión realizarán los ajustes presupuestales y financieros necesarios para el cabal cumplimiento de las obligaciones por ellas adquiridas. Para efectos del cumplimiento del presente artículo y dentro del periodo de transición, el Gobierno Distrital, a través de las instancias correspondientes, con la coordinación de la Secretaría de Hacienda Distrital, efectuará las modificaciones presupuestales a que haya lugar." La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, tiene dentro de sus activos una plataforma tecnología e informática que incluye equipos de cómputo, servidores, impresoras y dispositivos de red entre otros, la cual se encuentra totalmente instalada y dispuesta para apoyar las actividades misionales y administrativas de la Subred. Un porcentaje importante de esta infraestructura de TIC's fue adquirida desde hace tiempo y aunque técnicamente aún no se considera obsoleta, se hace necesario mejorar y ampliar sus características técnicas y garantizar el suministro de partes y repuestos para atender y dar respuesta oportuna a aquellos requerimientos y solicitudes de soporte técnico en las que se conceptuó el deterioro, daño o necesidad de remplazo de alguno de los componentes del equipo de cómputo (incluidos sus periféricos), de equipos de transmisión de datos y/o de equipos de almacenamiento. Por lo anterior se requiere contar con el servicio de suministro de partes y repuestos para los equipos de cómputo, impresoras, servidores y dispositivos de transmisión de datos que permitan mejorar y fortalecer las condiciones técnicas de los mismos y apoyar el proceso de soporte técnico oportuno e integral (mantenimiento preventivo, correctivo y predictivo) de la infraestructura de TIC's que tiene dispuesto la Subred.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
	Ver anexo tecnico 1 " matriz de descripcion del servicio"	1		30.000.000	Anexo tecnico 1 " matriz de descripcion del servicio"	El consumo mensual esta dado de acuerdo a las las necesidades el área. Se estima un valor de 30.000.000, debido a que el valor mensual depende de las necesidades	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI <u>X</u> NO <u> </u>							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
El oferente deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos técnicos para presentar propuesta, la cual se calificará como CUMPLE /NO CUMPLE CRITERIO TECNICO CALIDAD: 1. Se seleccionara el proponente que ofrezca las características técnicas de acuerdo al anexo técnico 1 del presente estudio. CRITERIO TECNICO OPORTUNIDAD: 1. Carta firmada por el representante legal donde garantice el soporte técnico telefónico y/o en sitio sobre la corrección de inconvenientes presentados en la modalidad 5x8 en un máximo de tiempo de 2 horas para los equipos instalados en áreas administrativas, y 7x24 en un tiempo máximo de 1 hora para los equipos instalados en áreas asistenciales. CRITERIO TECNICO DE EXPERIENCIA: 1. Consiste en la evaluación de la experiencia de la entidad proponente, mayor a 1 año con empresas del estado, para lo cual debe anexar certificación de dos (2) contratos relacionados con el objeto y monto superior o igual al presente estudio. CRITERIO LOGISTICO: El oferente deberá entregar en un maximo de 48 horas los equipos solicitados inicialmente, debidamente instalados y configurados en el sitio de trabajo. SEGUN ANEXO El oferente deberá presentar relación de minimo el 100% del total de los equipos solicitados, mas un 50% de stock como soporte							
5							
TÉCNICOS <u>X</u>		ECONÓMICOS <u>X</u>		OTROS		CUALES:	
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI				NO: <u>X</u>			
GARANTÍAS DEL CONTRATO							

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5	
			PÁGINA : 1 DE 2	
				FECHA : 12/06/2018
Fecha de Solicitud D/M/A		08/02/2019		Fecha de Recibido D/M/A
DATOS DEL SOLICITANTE				
Nombre del Solicitante:		VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL		
Proceso:		SISTEMAS DE INFORMACION - TIC		
Correo Electrónico y teléfono		lidertic@subrednorte.gov.co		
PAA(X) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		REFERENTE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC
OBJETO A CONTRATAR				
La prestación del servicios de alquiler de equipos de computo, escaner, lectores scanner e impresoras termicas stiker para cubrir la demanda y garantizar la adecuada prestación del servicio dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norete ESE.				
Patrimonio Autónomo ☐	Póliza Seriedad de la Oferta ☐	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes ☒	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones ☐	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares ☐
Garantía Bancaria ☐	Póliza Cumplimiento del Contrato ☒	Póliza Estabilidad de Obra ☐	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual ☐	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos ☐
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA				
GENERALES: - Cumplir cabalmente con el objeto del contrato con la oportunidad, cubrimiento, eficacia y calidad requeridos. - Abstenerse de realizar cualquier cambio en las condiciones iniciales del contrato sin previo visto bueno del supervisor del mismo. - Mantener durante la vigencia del contrato las mismas condiciones ofrecidas en la oferta, en términos de calidad, precio, características especiales y disponibilidad. - Suscribir el contrato y cuando a ello hubiera lugar el acta de inicio de ejecución del mismo, así como los demás otrosí que se requieran para el debido desarrollo del objeto contractual. - Presentar ante el supervisor del contrato para la generación de la certificación de cumplimiento la factura y certificación de pago de aportes parafiscales o documento equivalente suscrito por el representante legal, revisor fiscal o quien haga sus veces, dentro de los plazos establecidos. - 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. - Velar por mantener el buen nombre de la subred integrada de servicios de Salud Norte E.S.E., obrando de manera honesta y responsable. - Notificar a la subred integrada de servicios de Salud Norte E.S.E. de cualquier inconveniente que impida la debida ejecución del contrato ya sea que provenga de causas externas o de su propia organización, con el fin de tomar los correctivos del caso para garantizar la óptima prestación del servicio.				
ESPECÍFICAS: - Entregar los equipos de acuerdo a las especificaciones técnica solicitadas. - Entregar mensualmente el inventario de los equipos entregados a la Subred así como los diferentes movimientos (entradas y salidas de los equipos), cabe aclarar que esto lo debe realizar exclusivamente el proveedor y no personal de la subred. - Los equipos deberán ser entregados e instalados en las sedes y dependencias de la Subred Norte ESE, en el los horario de atención requerido y en forma extraordinaria por necesidades de la Subred previa solicitud del supervisor del contrato. - Reemplazar los equipos en caso que se encuentren defectuosos o en condiciones diferentes a las solicitadas, lo anterior sin costo alguno para la Subred Norte. - Responder en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a los equipos. - Asegurar un técnico en computadores para brindar soporte (dos días a la semana) en las instalaciones de la Subred y uno adicional para realizar las tareas de mantenimiento preventivo (limpieza). - Entregar los equipos completamente licenciados de acuerdo a la ley 603 de 2000 sobre derechos de autor, listos para trabajo en red. - Sustituir los equipos que por falla u otra circunstancia no presten el servicio requerido para la atención del paciente, dentro de los cuatro (4) horas hábiles siguientes a la solicitud escrita del contratante. - Mantener stock de equipos de soporte, accesorios y repuestos para garantizar el funcionamiento continuo de los equipos rentados por el periodo de la contratación. - Asumir los costos de transporte, fletes, seguros y similares que se ocasionen en razón de la entrega de los equipos. - Garantizar el correcto funcionamiento de los bienes que se utilizaran para prestar el servicio, para lo cual se debe realizar servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a los mismos, durante la ejecución del mismo. Mantenimiento Preventivo: Las actividades referentes al mantenimiento preventivo se deberán efectuar en coordinación con el Supervisor, de acuerdo con la programación de mantenimiento preventivo y correctivo propuesto por el contratista. El Mantenimiento correctivo: cuando se presente inconveniente en la operación de los equipos, el contratista deberá atender las llamadas de la entidad en el menor tiempo posible, pero en ningún caso más allá de cinco (5) horas después de reportada la falla. - Brindar soporte técnico telefónico y/o en sitio sobre la corrección de inconvenientes presentados en la modalidad 5x8 en un máximo de tiempo de 2 horas para dispositivos instalados en áreas administrativas, y 7x24 en un tiempo máximo de 1 Hora para dispositivos instalados en áreas asistenciales, a solicitud del personal de la Subred , las veces que sea requerido durante el periodo que indica el contrato.				
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)				
Tres (3) meses				
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA				

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
Fecha de Solicitud D/M/A	08/02/2019	Fecha de Recibido D/M/A	
DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre del Solicitante:	VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL		
Proceso:	SISTEMAS DE INFORMACION - TIC		
Correo Electrónico y teléfono	lidertic@subrednorte.gov.co		
PAA(X) PROYECTO ()	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	REFERENTE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC	
OBJETO A CONTRATAR			
La prestación de servicios de alquiler de equipos de cómputo, escáner, lectores de tarjetas de identificación y impresoras térmicas para cubrir la demanda y garantizar la adecuada prestación del servicio dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.			
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 término. 4. Cuando la propuesta sea presentada en lugar o fechas diferentes 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:	VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL	
	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	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

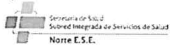
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Computadores con procesador Dual Core o Superior	UN	64	Computadores con procesador Dual Core o Superior RAM 2Gb o superior, DD 160 Gb o superior, tared 10/100, dvd, wr, monitor LCD 17" o superior, teclado, mouse, Windows 7 PRO Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimática mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental	la subred integrada de servicios de salud a través de procesos de mejoramiento se encuentra implementando un sistema de información para tal fin debe brindar tanto a funcionarios como a colaboradores las herramientas informáticas necesarias para el optimo desarrollo de sus actividades diarias.	
2	Computadores con procesador Core i3	UN	111	Computadores con procesador Core i3, RAM 2 Gb o superior, DD 250 Gb o superior, tared 10/100, DVD, Wr, LCD 17" o superior, teclado, mouse, Windows 7 PRO Licenciado Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimática mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental		
3	Computadores con procesador Core i5	UN	173	Computadores con procesador Core i5, RAM 4 Gb o superior, DD 500 Gb o superior, LCD 19" o superior, teclado, mouse, Windows PRO Licenciado Sistema Operativo y herramienta ofimática mas usada en el mercado, Licencia de suite Std Licensed Rental	Equipo con torre o todo en uno	
4	Scanner Kodak i2620	UN	3	Duplex A470 hojas por minuto, 120ipm, ADF de 100 hojas Volúmen diario 7.000 hojas.		
5	Impresora tecnología Térmica . Epson TM-T20II Series - Epson.	UN	3	Impresora de tickets de alta velocidad. Velocidad de impresión de 200 mm/s. oneclividad flexible; Dos modelos: 1) USB + serial 2) USB	Incluye, instalacion, rollo termico y suministro de 25000 stiker	
6	Lector escaner laser usb	UN	3	Lector de codigos de barras 1D laser handheld barcode scanner interface usb ,100 scans/seg, ip54, modo de disparo, manual, multiple lectura, lectura continua, disparo automatico.		
7	Lector escaner laser usb	UN	25	Lector de codigos de barras 1D laser handheld barcode scanner interface usb ,100 scans/seg, ip54, modo de disparo, manual, multiple lectura, lectura continua, disparo automatico.	Con lectura de códigos DNI cédula y libreta militar.	
8	Scanner HP Scanjet Professional 7xxx 50 ppm used	UN	1	Scanner HP Scanjet Professional 7xxx 50 ppm used		

Anexo 1

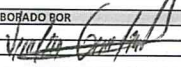
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
9	Scanner Fujitsu FI-7160 sf Dupl 60 ppm new	UN	1	Scanner Fujitsu FI-7160 sf Dupl 60 ppm new		
10	Impresora Stiker TSC TTP 2XXX Used	UN	1	Impresora Stiker TSC TTP 2XXX Used	Incluye, instalacion, rollo termico y suministro de 25000 stiker	
11	Impresora Stiker Zebra Gk 4xx new sin suministro	UN	3	Impresora Stiker Zebra Gk 4xx new sin suministro	Incluye, instalacion, rollo termico y suministro de 25000 stiker	

Vo. Bo. Victor Julio Gomez Canabal

Reviso: Yolarida Bernal

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

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros			2			3			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes									0			Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciamientos entre otros									0			Respaldo las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato									0			Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros									0			Acatar las recomendaciones que emitan las entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras									0			Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.	4					3			7	ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL
Correo Electrónico	sistemas@subrednorte.gov.co
Cargo:	Referente Sistemas de Información - TIC
Fecha Elaboración d/m/a	07 de Febrero de 2019

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 25 De 2019

CDP. No.

408

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.....: 2310201030000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 231020103

NOMBRE RUBRO.....: GASTOS DE COMPUTADOR

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 200,000,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 276,833,000.00

SALDO DE APROPIACION : 476,833,000.00

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 DE ALQUILER EQUIPOS DE COMPUTO,ESCANER, L

ASER

POR UN VALOR INICIAL DE : 87,034,353.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 87,034,353.00

OCHENTA Y SIETE MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON 00/100 M/CTE

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

DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 200,000,000.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 189,798,647.00

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

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO