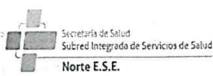
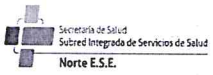


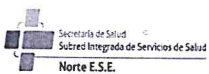
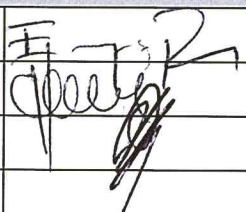
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
					FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>024 - 2019 S.NTE</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.			
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica
1	ULTRASONOGRAFÍA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	60	
2	ANGIOFLUORESCINOGRAFÍA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	PROCEDIMIENTO	A Demanda	60	
3	TOMOGRFÍA CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	PROCEDIMIENTO	A Demanda	8	
4	SONDEO VÍAS LAGRIMALES (MÍNIMO 3. SESIONES), INCLUYE: ESTRUCTUROTOMÍA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
5	CAUTERIZACIÓN DE PUNTOS LAGRIMALES	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
6	ELECTRÓLISIS DE PESTAÑAS	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
7	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
8	CURETAJE DE LA CONJUNTIVA O CÓRNEA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
9	INYECCIÓN SUB CONJUNTIVAL	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
10	DRENAJE ABSCESO CÓRNEA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
11	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE CÓRNEA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
12	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE ESCLERÓTICA	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
13	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA, UNILATERAL	PROCEDIMIENTO	A Demanda	5	
14	RECuento DE CÉLULAS ENDOTELIALES	PROCEDIMIENTO	A Demanda	36	
15	PAQUIMETRÍA (UNILATERAL)	PROCEDIMIENTO	A Demanda	46	
16	BIOMETRÍA OCULAR (UNILATERAL)	PROCEDIMIENTO	A Demanda	83	
17	INTERFEROMETRÍA (UNILATERAL)	PROCEDIMIENTO	A Demanda	39	
18	INTERFEROMETRÍA (BILATERAL)	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
19	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR (UNILATERAL)	PROCEDIMIENTO	A Demanda	20	
20	CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	PROCEDIMIENTO	A Demanda	104	
21	DRENAJE ABSCESO PALPEBRAL	PROCEDIMIENTO	A Demanda	5	
22	DRENAJE CHALAZIÓN	PROCEDIMIENTO	A Demanda	1	
23	TOMOGRFIA OPTICA COHERENTE	PROCEDIMIENTO	A Demanda	5	
24	CONSULTA OFTALMOLOGIA GENERAL	CONSULTA	A Demanda	2286	
25	CONSULTA NEONATOS Y OTRAS SUPRAESPECIALIDADES	CONSULTA	A Demanda	161	
26	INTERCONSULTA (URGENCIAS)	CONSULTA	A Demanda	182	
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, FINANCIEROS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 01/03/2019 Y EL 04/03/2019			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4
			PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>024 - 2019 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.		
PÚBLICACIÓN 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. 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. CERTIFICACIÓN BANCARIA 14. 5. REGISTRO UNICO DE PROPONENTES - RUP (CON INFORMACIÓN FINANCIERA DEL AÑO 2017) POLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA: En las ofertas cuya cuantía sea igual o superior a 150 S.M.M.L.V., el oferente deberá constituir esta garantía, para precaver los perjuicios que se presenten en caso de que el seleccionado no se allane a la celebración del respectivo contrato. Su cuantía corresponderá a la que en cada caso se determine, la cual no podrá ser inferior al diez por ciento (10%) del monto de la propuesta y tendrá una duración igual a la del plazo máximo previsto para la aceptación o suscripción del contrato y cuatro (4) meses más.			
FINANCIEROS: 1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2017. 2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EMITIDO POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES VIGENTE DEL CONTADOR PÚBLICO Y/O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADO.			
SARLAFT Se deben diligenciar y anexar los documentos solicitados en los dos (2) anexos de PERSONA JURÍDICA 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:			
1. VER ANEXO TÉCNICO No 6 FACTORES HABILITANTES PUNTO 1 (RECURSO HUMANO) 2. VER ANEXO TÉCNICO No 6 FACTORES HABILITANTES PUNTO 2 (EQUIPOS) 3. VER ANEXO TÉCNICO No 6 FACTORES HABILITANTES PUNTO 3 (OPORTUNIDAD) 4. VER ANEXO TÉCNICO No 6 CRITERIOS TÉCNICOS CALIFICABLES PUNTO 1 (EXPERIENCIA)			
PUNTAJE MAXIMO A OTORGAR 400 PUNTOS			
ECONÓMICOS:			

	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>024 - 2019 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.			
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 7 . ANEXO ECONÓMICO. (ENTREGADO POR LA SUBRED) MAXIMO PUNTAJE A OTORGAR 600 PUNTOS POR REGLA DE TRES (3) SIMPLE; DONDE A MENOR VALOR OFERTADO MAYOR PUNTAJE 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.			
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) INDICADORES FINANCIEROS A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$ B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}}$ C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.			
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.			
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO. Y SE OTORGARÁ UN PUNTAJE MAXIMO DE 400 PUNTOS EN LOS REQUISITOS TÉCNICOS CALIFICABLES			
Económicos	SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, FINANCIERA, 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. LA CALIFICACIÓN DE PRECIOS SERÁ EQUIVALENTE A UN PUNTAJE DE SEISCIENTOS (600) PUNTOS MÁXIMO. LA CALIFICACIÓN DE LA PROPUESTA 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 PROPORCIONAL LAS DEMÁS PROPUESTAS.			
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	TRESCIENTOS NOVENTA MILLONES DE PESOS M/CTE \$390,000,000	No.	405	
Rubro Presupuestal	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	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.			
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.			

	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>024 - 2019 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.	
	C) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: 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: - CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS SOLICITADOS. - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. - LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS - ATENCIÓN DE PACIENTES DE OFTALMOLOGÍA EN CONSULTA EXTERNA PARA LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE: OFTALMOLOGÍA, GLAUCOMATOLOGÍA, RETINA Y VÍTREO, OCULOPLÁSTIA, OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA - 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. - 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. - SEGUIR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN. - DEBERÁ PRESENTAR CRONOGRAMA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS DE SU PROPIEDAD - 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 E- S. E - CONTAR DE FORMA PERMANENTE Y SUFICIENTE CON TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO IMPLEMENTANDO CONTROLES DE INGRESO, ALMACENAMIENTO, VERIFICACIÓN DE FECHAS DE VENCIMIENTO, CONDICIONES DE CALIDAD Y ADMINISTRACIÓN DE LOS MISMOS. - 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. - NO SE DEBERÁ RECIBIR VISITADORES MÉDICOS EN LOS CONSULTORIOS. - NO DEBERÁ RECIBIR, ALMACENAR, NI DISTRIBUIR MUESTRAS MÉDICAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN. - REGISTRO COMPLETO DE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES. - 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. - 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.	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4
		PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>024 - 2019 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.	
Obligaciones del Contratista	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. 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.	

	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>024 - 2019 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.		
	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		
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 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 NATURAL ANEXO 6: ANEXO TÉCNICO ANEXO 7: 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: 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.

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 Oftalmología general y subespecializada.

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		CUAL:		
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA						
RAZÓN SOCIAL		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
REPRESENTANTE LEGAL:		NIT		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		CUAL:		
☐ PUBLICA		☐ INDUSTRIAL		☐ AGRÍCOLA		
☐ MIXTA		☐ COMERCIAL		☐ FARMACÉUTICA		
☐ PRIVADA		☐ ASEGURADOR		☐ TRANSPORTES		
☐ EXTRANJERA		☐ SERVICIOS		☐ SERVICIOS DE SALUD		
				☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
				☐ OTRA,		
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		(SI) ☐ RENTA/CEE		(SI) ☐ IVA		
(NO) ☐		(NO) ☐		(NO) ☐ ICA		
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR		
SI ☐ NO ☐		AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☐		
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)						
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS				SI ☐ NO ☐		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO				SI ☐ NO ☐		
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL				SI ☐ NO ☐		
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA				SI ☐ NO ☐		
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:						
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN						
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		
				C.C. ☐ C.E. ☐ I.I. ☐ NIT ☐		
				C.C. ☐ C.E. ☐ I.I. ☐ NIT ☐		
				C.C. ☐ C.E. ☐ I.I. ☐ NIT ☐		
				C.C. ☐ C.E. ☐ I.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:						

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:2 DE 3 FECHA:24/10/2018

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ 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.

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 último período gravable declarado.

5. Estados Financieros del último período 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:

AUTORIZACIÓN

9.1.

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

Declaro expresamente:

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

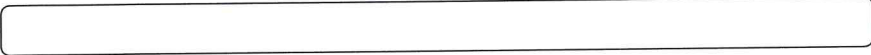
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

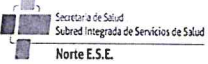
2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecol, 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 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 <u>(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlatf@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.		
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	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				VERSIÓN: 2	
					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	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐						
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:						
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO 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 ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐		CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐
			NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐
				CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA		
				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		CÓDIGO: AP-GF-F-24-02	
	PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)		VERSIÓN: 2	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		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 VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
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 mi 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 lo 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 trataran 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 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: 4 DE 4 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 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, 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 sariaft@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:	

ANEXO 6

REQUISITOS TÉCNICOS

CONVOCATORIA OFTALMOLOGIA

DESCRIPCIÓN TÉCNICA:

Por la descripción del objeto estipulado: *“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, se tendrá en cuenta la siguiente estadística de procedimientos de consulta externa y procedimientos quirúrgicos del periodo comprendido entre Enero a Diciembre

CONSOLIDADO CONSULTA EXTERNA 2018

ESPECIALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Oftalmología													
USS CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	408	483	433	502	552	577	466	370	341	402	387	265	5.186
USS CHAPINERO									90	157	216	63	526
USS ENGATIVÁ CALLE 80	375	615	532	676	511	702	573	714	664	629	396	271	6.658
USS SIMÓN BOLÍVAR	1.025	1.327	1.124	1.279	1.332	1.761	1.312	1.116	1.614	1.240	965	965	15.060
Oftalmología Pediátrica													
USS CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO				48	40	30	38	50	28	21	45	28	328
USS ENGATIVÁ CALLE 80				37	35	29	30	70	42	71	59	42	415
USS SIMÓN BOLÍVAR				161	163	98	36	22	35	26	93	72	706
Total general	1.808	2.425	2.089	2.703	2.633	3.197	2.455	2.342	2.814	2.546	2.161	1.706	28.879

Fuente: CIP

CONSOLIDADO CIRUGIA OFTALMOLOGICA 2018

SEDE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
USS CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	43	37	35	12	-	9	8	3	-	-	-	1	148
USS ENGATIVÁ CALLE 80	21	82	53	121	32	46	78	108	90	112	89	58	890
USS SIMÓN BOLÍVAR	211	398	127	197	200	195	154	172	153	144	120	108	2.179
USS CHAPINERO						2							2
Total general	275	517	215	330	232	252	240	283	243	256	209	167	3.219

Fuente: CIP

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.

FACTORES HABILITANTES:

1. RECURSO HUMANO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El oferente deberá presentar en la propuesta técnica el personal que asignara 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 garantizaran 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 Oculoplástia.
- 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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
SUBRED NORTE E.S.E.

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:

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
Interferometria	4 Actividades por hora
Biometría	4 Actividades por hora
Campo visual	2 Actividades por hora
Paquimetria	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
Capsulotomia	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.

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 Secretaría Distrital de Salud.
 - 4) Todos los profesionales deben contar con un mínimo de un año de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD

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 (Inscripción en el RETHUS).
- 8) Soporte de Inscripción al MIPRES como prescriptor.

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 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 (Inscripción en el RETHUS).
- 8) Soporte de Inscripción al MIPRES como prescriptor

1.3 PERSONAL AUXILIAR

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

- d) El proveedor seleccionado deberá notificar con un mínimo de cinco (5) días de antelación la vinculación de personal nuevo. Esta notificación se deberá realizar al supervisor técnico del contrato con el fin de verificar el cumplimiento de los requerimientos aquí establecidos.
- e) Debera ofertar una auxiliar de enfermería en cada una de las UMHES (Simón Bolívar, Centro de Servicios Especializados y Engativá-Calle 80)
- f) Inscripción en el RETHUS.

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.

2. EQUIPOS – FACTOR HABILITABLE

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

EQUIPO	UMHES SIMON BOLIVA R	UMHE S CSE	UMHES ENGATIV A 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		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte S.E

• Un (1) Lente Abraham para capsulotomía Yag Laser.	1		
• 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) Campímetro	1		
• Un (1) Esterilizador.	1		
• Un (1) Paquímetro ultrasónico	1		
• Una (1) lámpara de hendidura	1	1	1
• Un (1) Tonómetro de aplanación	1	1	1
• Un (1) Lente de Golmann de tres espejos.	1		
• Un (1) Lente de Ruby.	1		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte S.R.E.

• 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

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:

EQUIPOS DE OFTALMOLOGIA PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE		
ITEM	EQUIPO	MARCA
1	CAMPIMETRO	CARL ZEISS
2	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
3	NEGATOSCOPIO	KRAMER
4	FOROPTER	REICHERT
5	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
6	FOROPTER	AMERICAN OPTICAL



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

7	OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	WELCH ALLYN
8	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN
9	QUERATOMETRO	HAAG STREIT
10	QUERATOMETRO	HAAG STREIT
11	TONOMETRO DE APLANACION	HAAG STREIT
12	CAMPO RADIOVISION	RODENSTOCK
13	UNIDAD OFTALMOLOGICA	FRASTEMA
14	LENSOMETRO	MARCO
15	MICROSCOPIO	TAKAGI
16	QUERATOMETRO	BAUSCH Y LOMB
17	PROYECTOR	AMERICAN OPTICAL
18	LAMPARA DE HENDIDURA	NIDEK
19	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
20	LAMPARA DE HENDIDURA	LED SLIT LAMP
21	REFRACTOMETRO	TOPCON
22	FOROPTER	HOPE CLOVER
23	LENSOMETRO	CARTON
24	LASER FOTODISRUPTOR	ELLEX MEDICAL
25	LASER YAG	ELLEX MEDICAL
26	LAMPARA DE HENDIDURA	HAAG STREIT
27	CAMA RETINAL	CANON
28	TONOMETRO	HAAG STREIT
29	EQUIPO DE ORGANOS	WELCH ALLYN

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.

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

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, Engativá-Calle 80 y Centro de Servicios Especializados garantizando 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.

CRITERIOS TECNICOS CALIFICABLES

1. EVALUACIÓN TECNICA CALIFICABLE (Cuatrocientos puntos) Se presentará por el oferente la propuesta, la cual deberá ser cargada en la plataforma del SECOP II y deberá contener como mínimo los siguientes documentos y requisitos calificables, así:

FACTORES DE EVALUACION	Subtotal
1. EXPERIENCIA	400
TOTAL	400

DESCRIPCION DE FACTORES DE EVALUACION

4.1 EXPERIENCIA (400 PUNTOS)

Descripción	Puntaje Asignado
-------------	------------------



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

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.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
INVITACIÓN A COTIZAR No 024-2019
ANEXO No 07 PROPUESTA ECONOMICA SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total
1	ULTRASONOGRAFÍA	1	Procedimiento			
2	ANGIOFLUORESCINOGRFÍA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	1	Procedimiento			
3	TOMOGRFÍA CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	1	Procedimiento			
4	SONDEO VÍAS LAGRIMALES (MÍNIMO 3. SESIONES), INCLUYE: ESTRUCTUROTOMÍA	1	Procedimiento			
5	CAUTERIZACIÓN DE PUNTOS LAGRIMALES	1	Procedimiento			
6	ELECTRÓLISIS DE PESTAÑAS	1	Procedimiento			
7	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	1	Procedimiento			
8	CURETAJE DE LA CONJUNTIVA O Córnea	1	Procedimiento			
9	INYECCIÓN SUB CONJUNTIVAL	1	Procedimiento			
10	DRENAJE ABSCESO Córnea	1	Procedimiento			
11	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE Córnea	1	Procedimiento			
12	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE ESCLERÓTICA	1	Procedimiento			
13	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA, UNILATERAL	1	Procedimiento			
14	RECuento DE CÉLULAS ENDOTELIALES	1	Procedimiento			
15	PAQUIMETRÍA (UNILATERAL)	1	Procedimiento			
16	BIOMETRÍA OCULAR (UNILATERAL)	1	Procedimiento			
17	INTERFEROMETRÍA (UNILATERAL)	1	Procedimiento			
18	INTERFEROMETRÍA (BILATERAL)	1	Procedimiento			
19	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR (UNILATERAL)	1	Procedimiento			
20	CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	1	Procedimiento			
21	DRENAJE ABSCESO PALPEBRAL	1	Procedimiento			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
INVITACIÓN A COTIZAR No 024-2019
ANEXO No 07 PROPUESTA ECONOMICA SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA

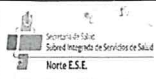
Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total
22	DRENAJE CHALAZIÓN	1	Procedimiento			
23	TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE	1	Procedimiento			
24	CONSULTA OFTALMOLOGIA GENERAL	1	Consulta			
25	CONSULTA NEONATOS Y OTRAS SUPRAESPECIALIDADES	1	Consulta			
26	INTERCONSULTA (URGENCIAS)	1	Consulta			

TOTAL OFERTA	-
---------------------	---

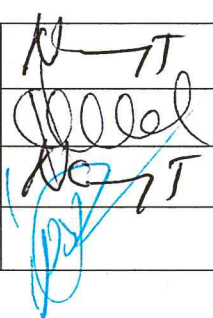
NOTA: Favor cotizar por procedimiento o consulta unitarios. El consumo promedio mensual es un dato informativo para que los oferentes lo tengan en cuenta

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

NIT

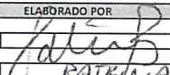
 ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05 VERSIÓN : 5					
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/05/2018					
Fecha de Solicitud D/M/A : 11-feb-19		Fecha de Recibido D/M/A :					
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		Nancy Stella Tabares Ramirez					
Proceso:		Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud					
Correo Electrónico y teléfono		subservicios@subrednorte.gov.co					
PAA() PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO : Direccion Ambulatoria					
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.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
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 y las diferentes EAPB.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Ultrasonografía	1	PROCEDIMIENTO	60	NA		x
2	Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de segmento posterior	1	PROCEDIMIENTO	60	NA		x
3	Tomografía con pruebas provocativas	1	PROCEDIMIENTO	8	NA		x
4	Sondeo vías lagrimales (mínimo 3 sesiones), incluye: estricurotomía	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
5	Cauterización de puntos lagrimales	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
6	Electrólisis de pestañas	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
7	Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
8	Curetaje de la conjuntiva o córnea	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
9	Inyección subconjuntival	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
10	Drenaje absceso córnea	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
11	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
12	Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
13	Topografía corneal computarizada, unilateral	1	PROCEDIMIENTO	5	NA		x
14	Recuento de células endoteliales	1	PROCEDIMIENTO	36	NA		x
15	Paquimetría (unilateral)	1	PROCEDIMIENTO	46	NA		x
16	Biometría ocular (unilateral)	1	PROCEDIMIENTO	83	NA		x
17	Interferometría (unilateral)	1	PROCEDIMIENTO	39	NA		x
18	Interferometría (bilateral)	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
19	Fotografía a color de segmento posterior (unilateral)	1	PROCEDIMIENTO	20	NA		x
20	Campo visual computarizado	1	PROCEDIMIENTO	104	NA		x
21	Drenaje absceso palpebral	1	PROCEDIMIENTO	5	NA		x
22	Drenaje chalazión	1	PROCEDIMIENTO		NA		x
23	Tomografía Óptica Coherente	1	PROCEDIMIENTO	5	NA		x
24	Consulta oftalmología general	1	CONSULTA	2286	NA		x
25	Consulta Neonatos y otras supraespecialidades	1	CONSULTA	161	NA		x
26	Interconsulta (urgencias)	1	CONSULTA	182	NA		x
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☒ X NO ☐							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
anexo 1							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS ☒ X		ECONÓMICOS ☒ X		OTROS		CUALES:	
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI				NO ☒ X			
GARANTÍAS DEL CONTRATO							
Patrimonio Autónomo ☐	Póliza Seriedad de la Oferta ☒ X	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes ☐	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones ☒ X	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares ☐			
Garantía Bancaria ☐	Póliza Cumplimiento del Contrato ☒ X	Póliza Estabilidad de Obra ☐	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual ☒ X	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos ☐			

322
 25.02.19
 2050

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5 PÁGINA : 2 DE 2 FECHA : 12/06/2018
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA			
GENERALES:			
1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS \$ 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.			
ESPECIFICAS: estas obligaciones estan contempladas en el Anexo No 2			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)			
tres meses			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA			
1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.			
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILETH CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4
			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:	Variación en los insumos necesarios para la prestación del servicio de Oftalmología		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:										0			
OPERACIONAL:	La demanda desborda el presupuesto asignado para la prestación del servicio		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:										0			
REGULATORIO:	Incremento de algún gravamen que afecte la operación financiera para la prestación del servicio.			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:										0			
AMBIENTALES:										0			
TECNOLÓGICO:	Nuevos desarrollos tecnológicos en el mercado que se requieran durante la ejecución del contrato.			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	PATRICIA A PEREZ
Correo Electrónico:	
Cargo:	
Fecha Elaboración d/m/a	11/02/2019

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 25 De 2019

CDP. No.

405

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.....: 2320103040000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 232010304

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 30,000,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 2,007,900,000.00

SALDO DE APROPIACION : 2,037,900,000.00

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:

CONTRATAR PREST DE SERV INTEGRAL DE OFTALMO SUBRED

POR UN VALOR INICIAL DE : 390,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 390,000,000.00

TRESCIENTOS NOVENTA 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: 30,000,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 1,617,900,000.00

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



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO