

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04			
			VERSIÓN : 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018			
INVITACIÓN A COTIZAR No. 025-2020 S.NTE						
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y CIRUGÍA GENERAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E					
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica	Observaciones
1	EXPANSORES MEDIA LUNA	SISTEMA	A DEMANDA	A DEMANDA		
2	EXPANSORES RECTANGULAR	SISTEMA	A DEMANDA	A DEMANDA		
3	EXPANSORES REDONDOS	SISTEMA	A DEMANDA	A DEMANDA		
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		6/02/2020				
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		07/02/2020 HASTA LAS 3:00P.M. ÚNICAMENTE PLATAFORMA SECOP II				
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		7/02/2020				
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 11/02/2020 Hora: Hasta las 3:00 P.M. Por la Plataforma SECOP II				
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 11/02/2020 Hora: 3:10 P.M. Por la Plataforma SECOP II				
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 11/02/2020 Y 12/02/2020				
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		13/02/2020				
SUBSANACION Y OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		14/02/2020 Hasta las 1:00 PM.				
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES		17/02/2020				
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.				
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE						
JURÍDICOS:						
1	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)					
2	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)					
3	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)					
4	CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)					
5	FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT					
6	FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT					
7	FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%					
8	FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL)					
9	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS					
10	CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS					

- 11 CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
- 12 CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
- 13 CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.
- 14 CERTIFICACIÓN BANCARIA

SARLAFT

1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED).
2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).
3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.

NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A).
SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.

TÉCNICOS:

- 1 COPIA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DE FABRICANTE.
- 2 PRESENTAR CARTA DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE RELACIONE EL NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO DEL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA, TANTO DEL DISTRIBUIDOR COMO DEL LABORATORIO E IMPORTADOR PROPUESTO EN SU OFERTA.
- 3 CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE SE GARANTICE LA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE EQUIPOS, INSUMOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PRESENTE INVITACIÓN.
- 4 COPIA REGISTRO INVIMA DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS A COTIZAR
- 5 COPIA CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO CCAA.
- 6 CARTA DE COMPROMISO DEL REPRESENTANTE LEGAL DONDE GARANTICE LOS STOCK DISPONIBLES DE FORMA INMEDIATA EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE ACUERDO A LA DEMANDA ASI COMO DISPONIBILIDAD DE PROFESIONALES PARA EL SOPORTE TÉCNICO SOLICITADO EN LAS INTERVENCIONES.
- 7 CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE ACOGEN A LA OPORTUNIDAD DE ENTREGA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN.
- 8 EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR LOS PROTOCOLOS DE ALMACENAMIENTO, LAVADO, DESINFECCIÓN, PREPARACIÓN Y TRANSPORTE DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.
- 9 CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE ESPECIFIQUE QUE, UNA VEZ UTILIZADO EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, TENDRÁN DISPONIBILIDAD DE SELLOS DE SEGURIDAD Y/ O CANDADOS DE CIERRE LOS CUALES SERÁN COLOCADOS POR EL PERSONAL DE SOPORTE TÉCNICO, OPTIMIZANDO EL TIEMPO DE DEVOLUCIÓN.
- 10 ADJUNTAR LAS FICHAS TÉCNICAS EN MEDIO MAGNÉTICO POR ÍTEM DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS OFERTADO.
- 11 PRESENTAR CARTA DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL GARANTICE QUE EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS OBJETO DEL CONTRATO, PROVIENEN DE LABORATORIOS CON REPRESENTACIÓN EN COLOMBIA.
PRESENTAR CARTA DE COMPROMISO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE RECIBO DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DONDE ESPECIFIQUE LO SIGUIENTE:EL OFERENTE DEBERÁ RECIBIR EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS QUE NO SE UTILIZÓ, O QUE REQUIERA CAMBIO POR DEFECTO O AVERÍA, PREVIA VERIFICACIÓN Y CONCEPTO TÉCNICO EMITIDO POR EL PERSONAL DESIGNADO PARA TAL FIN, DENTRO DE LAS SIGUIENTES 12 HORAS
- 12 UNA VEZ OCURRIDO EL HECHO,LA FECHA DE VENCIMIENTO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DEBE SER SUPERIOR A DOCE (12) MESES, CARTA EN LA CUAL ESPECIFICA EL HORARIO DE ATENCIÓN Y EL TIEMPO DE RESPUESTA PARA EL DESPACHO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA Y CIRUGÍA PROGRAMADA.
- 13 13. EL DISTRIBUIDOR DEBE ADJUNTAR EL CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LA VISITA QUE REALIZA LA SECRETARÍA DE SALUD AL DISTRIBUIDOR, DONDE CONSTA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS, QUE HAYA SIDO REALIZADA EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS.

DISPONIBILIDAD DE BODEGAS DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE TENER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O CUNDINAMARCA BODEGA O CONTRATO CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR ENTIDADES COMPETENTES PARA SU FUNCIONAMIENTO Y SOPORTE CAPACIDAD DE ENTREGA (DEL CUAL DEBE ANEXAR DOCUMENTO), INDICANDO DATOS DE UBICACIÓN DE LA MISMA COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN
- 14 CAMBIO POR VENCIMIENTO Y/O VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS.SE ESTABLECE QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS NO PODRÁN SER INFERIOR A DOS (2) AÑOS Ó EL 75% DE LA VIDA ÚTIL, DECLARADA EN EL REGISTRO SANITARIO, AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA DEL INSUMO EN LA INSTITUCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO INDICADAS PARA EL PRODUCTO POR EL FABRICANTE QUIEN DEBE ASEGURARLAS HASTA ENTREGAR LOS INSUMOS EN LAS UNIDADES DE LA SUBRED NORTE, SI ES A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR, ESTE DEBE GARANTIZAR LAS MISMAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.
- 15 * EL PROVEEDOR SE COMPROMETERÁ A CAMBIAR LOS INSUMOS CUYA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA MENOR A SEIS (6) MESES, DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, AUN CUANDO LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA SUBRED CUMPLAN SU VIGENCIA Y/O VENCIMIENTO.
* PARA LO ANTERIOR EL PROVEEDOR DEBE ANEXAR CARTA DE COMPROMISO DE SUMINISTRAR LOS PRODUCTOS CON VIDA ÚTIL MAYOR AL 75% Y SI ES INFERIOR DEBE CAMBIAR EL 100% DE LOS PRODUCTOS QUE NO SE ALCANCEN A CONSUMIR ANTES DE SU FECHA DE VENCIMIENTO.

ECONÓMICOS:

1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR.
2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.
3. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.
4. LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Sarlaft	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN A LA INVITACIÓN.
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$8.640.000)	No.	330
Rubro Presupuestal	MATERIAL MEDICOS-QUIRÚRGICO	Fecha del CDP	31 DE ENERO 2020

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	DOS (2) MESES
---------------	--	--------------------	---------------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Síto de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
-----------------	---

Garantías de exigibilidad	A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. B) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR 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. C) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
---------------------------	---

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS.
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.

6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.

7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.

9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.

10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECÍFICAS

1.MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: CONTAR CON BROCAS, TARRAJAS, INSTRUMENTAL PARA LA FIJACIÓN DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, MOTORES DISPONIBLES EN SISTEMAS NEUMÁTICOS, ELÉCTRICOS O DE BATERÍA CON TORQUE, POTENCIA, DISEÑO ERGONÓMICO, TAMAÑO DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO A REALIZARSE, LOS CUALES DEBERÁN SER ENVIADOS CON TODAS LAS SOLICITUDES DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y CON POSIBILIDAD DE MANTENER EN INVENTARIO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LAS SUBREDES, SIN COSTO ADICIONAL O VALOR COMERCIAL. CONTAR CON INSTRUMENTAL REQUERIDO PARA LA FIJACIÓN DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS SIN COSTO ADICIONAL O VALOR COMERCIAL.TENER DISPONIBILIDAD DE CHALECOS, CUELLOS DE PLOMO, DOSÍMETROS PARA EL PERSONAL DE SOPORTE TÉCNICO, SIN COSTO ADICIONAL O VALOR COMERCIAL.

2.MATERIAL PARA LAS ESPECIALIDADES DE OTORRINOLARINGOLOGIA: SUMINISTRARÁ EN APOYO TECNOLÓGICO MOTOR QUE CUENTE MÍNIMO CON PIEZA DE MANO RECTA Y UNA CURVA, QUE SEA PROGRAMABLE MÍNIMO A 80.000 REVOLUCIONES Y QUE CUENTE CON IRRIGACIÓN, EQUIPO MICRODEBRIDADOR TIPO SHAVER PARA SENOS PARANASALES Y LARINGE, QUE INCLUYA MICROMOTOR PIEZA DE MANO, BOMBA DE IRRIGACIÓN, Y QUE CUENTE CON SISTEMA DE SUCCIÓN SIN COSTO ADICIONAL O VALOR COMERCIAL.

3.MATERIAL PARA NEUROCIRUGIA Y COLUMNA: SUMINISTRARÁ EN APOYO TECNOLÓGICO EQUIPOS NEUMÁTICOS Y / O ELÉCTRICOS ADAPTABLES A LAS CUCHILLAS Y FRESAS OFERTADAS, QUE INCLUYA MÍNIMO PIEZA DE MANO DE DIFERENTES ANGULACIONES, CONSOLA PROGRAMABLE A MÍNIMO 60.000 REVOLUCIONES POR MINUTO, PEDAL ELÉCTRICO Y DIFERENTES ACOPLS, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

4.VALVULAS PROGRAMABLES PARA PROCEDIMIENTOS DE NEUROCIRUGIA: TENER DISPONIBILIDAD DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO CON SU PROGRAMADOR, CLIPS DE ANEURISMA EN CALIDAD DE INVENTARIO.

5. PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE AVANCE Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, ACOMPAÑADOS DE LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES EN LO RELACIONADO CON LA FACTURACIÓN.

6. CONCURRIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR LAS SUBREDE PARA EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE COMO OBJETO DE LA EJECUCIÓN DEL MISMO SE DESARROLLEN.

7. TODO MATERIAL DEBE CONTAR CON SU CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN FORMA VISIBLE. EN CONSIDERACIÓN QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN A VAPOR Y/O GAS DE ESTOS ELEMENTOS INICIA DESDE LA RECEPCIÓN DEL MATERIAL HASTA LA ENTREGA FINAL DEL PRODUCTO Y DURA DE 6 A 18 HORAS RESPECTIVAMENTE, EL HORARIO PARA ENTREGA DE LOS MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS CONTRATADOS SERÁ DE LUNES A SÁBADO ENTRE LAS 6:00 AM Y LAS 5:00 PM. EL INGRESO DE TODO MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS SE HACE A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, EN SU EMPAQUE ORIGINAL, CONTRAMARCADO, DE ACUERDO A LO OFERTADO.

8. EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DEBEN CONTAR CON INSTRUMENTAL BÁSICO Y ESPECIALIZADO DE SU MISMA MARCA PARA LA COLOCACIÓN DEL MISMO EN EL ACTO QUIRÚRGICO, INCLUYENDO SUS RESPECTIVOS MOTORES (PERFORADORES, MANÓMETROS, MANGUERAS, ETC.). EL CONTRATISTA DEBE OFRECER EL INSTRUMENTAL DE COLOCACIÓN SIN COSTO ALGUNO PARA CADA SET A INSTALAR.

9. CUANDO SE REQUIEREN PRÓTESIS O INJERTOS ÓSEOS, EL SOPORTE TÉCNICO DEBERÁ ADJUNTAR LOS ADHESIVOS A LOS FORMATOS DE LAS HOJAS DE GASTO, CORRESPONDIENTES A LAS REFERENCIAS UTILIZADAS, EL CUAL AL FINAL DEBERÁ SER FIRMADO POR EL ORTOPEDISTA, INSTRUMENTADOR Y SOPORTE TÉCNICO QUE ASISTIÓ AL PROCEDIMIENTO.

10. EL CONTRATISTA DEBERÁ DEJAR LOS SETS DE MATERIALES COMPLETOS Y CON FECHAS VIGENTES DE ESTERILIZACIÓN RELACIONADAS EN EL PEDIDO EN EL ÁREA DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE LA E.S.E.

11. EL MATERIAL DE REEMPLAZOS ARTICULARES DE CADERA, RODILLA, HOMBRO DEBE VENIR EN SU EMPAQUE ORIGINAL DE FÁBRICA.

12. EL CONTRATISTA DEBERÁ SUMINISTRAR EL MATERIAL LIMPIO, EMBALADO Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y RELACIONADAS RESPECTIVAMENTE EN LA REMISIÓN.

13. EL INGRESO DEL TODO MATERIAL DEBE REALIZARSE EN SU EMPAQUE ORIGINAL, CONTRAMARCADO DE ACUERDO A LO OFERTADO Y SEGÚN LO SOLICITADO A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE CADA UNIDAD DE LAS E.S.E

14. EN CASO QUE LOS CONSUMOS DE LOS ELEMENTOS VARIÉN, LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE LA E.S.E INFORMARA AL CONTRATISTA PARA QUE AJUSTEN LAS CANTIDADES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES.

15. LOS ELEMENTOS QUE SE DESPACHEN A LA E.S.E DEBERÁN ENCONTRARSE ASEGURADOS DIRECTAMENTE POR EL CONTRATISTA. EN CASO DE CUALQUIER SINIESTRO EL CONTRATISTA DEBERÁ REMPLAZAR LA MERCANCÍA DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES AL SUCESO OCURRIDO.

16. LOS ELEMENTOS ENTREGADOS EN LA E.S.E, DEBERÁN CORRESPONDER EN MARCA Y PRECIO CON LO OFERTADOS Y APROBADOS EN EL CONTRATO.

17. EN CASO DE NECESITAR CAMBIO DE MATERIAL, EL CONTRATISTA DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ADJUNTADO UNA MUESTRA Y GARANTIZADO LA CALIDAD DEL PRODUCTO.

18. EN EL MOMENTO DE ENTREGA DE LOS MATERIALES SOLO PODRÁN SER RECIBIDOS POR LOS COLABORADORES DEL SERVICIO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y CON RECIBO A SATISFACCIÓN FIRMADO.
19. SUMINISTRAR PRODUCTOS DE PRIMERA CALIDAD QUE COINCIDAN CON LAS ESPECIFICACIONES DEL LISTADO DE PRODUCTOS EN CUANTO A MARCA, UNIDAD DE MEDIDA, PRESENTACIÓN, VALOR UNITARIO Y FECHA DE VENCIMIENTO.
20. COMUNICAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CON ANTELACIÓN LAS MODIFICACIONES AL NÚMERO DE REFERENCIA O CARACTERÍSTICAS DEL KIT POR CAUSAS TÉCNICAS INDICANDO LA ANTIGUA Y LA NUEVA DENOMINACIÓN, ASÍ COMO EN CASO DE CAMBIO DE PRESENTACIÓN DEL NÚMERO DEL SISTEMA. EL PRECIO DEL NUEVO SISTEMA DEBERÁ HOMOLOGARSE AL ADJUDICADO CORRIENDO A CARGO DEL CONTRATISTA EL COSTO ADICIONAL QUE REQUIERE DICHO CAMBIO.
21. EL CONTRATISTA DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO AL DESPACHO DE LOS MATERIALES, DEPENDIENDO DE LA SOLICITUD HECHA POR LOS DIFERENTES SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LA FECHA Y HORA DEL PROCEDIMIENTO, CON EL FIN QUE LOS MATERIALES ESTÉN EL DÍA ANTERIOR EN LA SUBRED Y PUEDAN SER OPORTUNAMENTE ESTERILIZADOS Y NO SE GENEREN RETRASOS EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.
22. CONTAR CON EQUIPOS DE REEMPLAZO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN CASO DE FALLAS DE UN EQUIPO DE SOPORTE PARA EL USO DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES.
23. EL CONTRATISTA DEBE PROCEDER A CAMBIAR SIN COSTO ALGUNO, LOS ELEMENTOS QUE NO CUMPLAN CON LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y/O QUE SE ENCUENTREN DETERIORADOS O ROTOS DENTRO DE LAS DOCE (12) HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN TÉCNICA.
24. EL CONTRATISTA CUMPLIRÁ CON LA OPORTUNIDAD DE ENTREGA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO ASUMIRÁ LOS COSTOS DE CANCELACIÓN DE LA CIRUGÍA POR ESTE MOTIVO.
25. TODOS LOS EQUIPOS OFERTADOS SE ENTREGARÁN CON LA DEBIDA PROTECCIÓN Y SE DEBEN DEJAR EN PERFECTO FUNCIONAMIENTO. TODOS LOS EQUIPOS DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS CON SUS RESPECTIVOS MANUALES DE OPERACIÓN (DIGITAL Y FÍSICO).
26. EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, INCLUIDA MANO DE OBRA Y REPUESTOS (SALVO PARTES O PIEZAS DAÑADAS POR MAL MANEJO, SIEMPRE Y CUANDO EL PROVEEDOR DEMUESTRE QUE BRINDO LA CAPACITACIÓN SUFICIENTE PARA EVITAR ESTOS DAÑOS POR MAL MANEJO.), SERÁN A CARGO DEL CONTRATISTA.
27. EL CONTRATISTA ENTREGARÁ AL SUPERVISOR TÉCNICO CON LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO, EL CRONOGRAMA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, PREDICTIVO Y TIEMPOS DE RESPUESTA PARA CORRECTIVOS, Y LAS PERSONAS CON TELÉFONOS FIJOS Y MÓVILES ENCARGADAS DEL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS. HOJA DE VIDA DEL INGENIERO BIOMÉDICO ENCARGADO DE REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS. NOTIFICAR DE MANERA INMEDIATA LOS CAMBIOS DE TALENTO HUMANO (INGENIERO BIOMÉDICO) DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO INFORMANDO A SUBGERENCIA DE SERVICIOS.
28. EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEBE RESPONDER A LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE Y SE COMPROMETE A TENER DISPONIBILIDAD DE ASESORÍA TÉCNICA LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS.
29. EL CONTRATISTA DEBERÁ DETERMINAR EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR PARA LOS MANTENIMIENTOS Y ACORDARÁ CON LA SUBRED LA FECHA Y HORA DE LOS MISMOS.
30. EL PROVEEDOR DISPONDRÁ DE PERSONAL QUE SE ENCARGARÁ DEL SOPORTE TÉCNICO PARA BRINDAR DE MANERA OPORTUNA, AYUDA EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, ADEMÁS DE FACILITAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL BUEN DESARROLLO DE DICHS PROCEDIMIENTOS.
31. EL PERSONAL QUE INGRESE A SALAS DE CIRUGÍA PARA SOPORTE TÉCNICO DE LOS ELEMENTOS O EQUIPOS, DEBERÁ CUMPLIR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, EN ESPECIAL, LOS PROTOCOLOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, ESTABLECIDO POR LA SUBRED. ADEMÁS, DEBEN CONOCER LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS DEL MATERIAL, RELACIONAR LOS GASTOS DE CIRUGÍA DE MANERA CLARA Y ESPECÍFICA SEGÚN SUS REFERENCIAS Y CANTIDADES, COLABORAR CON EL PROCESO DE LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DE INSTRUMENTALES TAN PRONTO SE REALICE LA CIRUGÍA. CAPACITAR TÉCNICAMENTE AL PERSONAL ASISTENCIAL QUE INTERVENGA EN LA RECEPCIÓN, LIMPIEZA Y ENTREGA DE LOS MATERIALES. DICHA CAPACITACIÓN OBEDECERÁ A UN PROGRAMA AUTORIZADO POR LA SUBRED Y SUPERVISADO POR EL LÍDER DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.
32. GARANTIZAR QUE LOS INSUMOS O ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PACIENTE SEAN INGRESADOS POR EL ÁREA DE ALMACÉN DE LA SUBRED, O EL ESTABLECIDO POR EL ÁREA SOLICITANTE DELEGADA POR LA ENTIDAD.

ACLARACIONES

EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO.

FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES:

ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES.

ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	KAREN DANIELA BARACALDO VARGAS	    
	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Garante:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

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

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y CIRUGÍA GENERAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

El suscrito _____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Jurídica y/o Consorcio / Unión Temporal) presento la siguiente propuesta dentro del asunto en referencia y declaro que:

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponden a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito comprometo a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

Yo, _____ Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en mi condición de _____ (Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso) de la Empresa _____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes de los últimos seis (6) meses a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma

Cédula de Ciudadanía No.

En Calidad de

Ciudad y Fecha _____

NOTA: La presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese cargo y este registrado en la Cámara de Comercio. Para las Empresas con menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

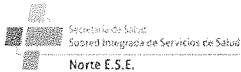
Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

El suscrito _____, identificado (a) como se indica al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de _____, manifiesto la voluntad de apoyar la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., para fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad de rendir cuentas, por lo tanto, de manera unilateral en nombre de mi(s) representado(s) suscribo el presente Compromiso Anticorrupción, asumiendo los siguientes compromisos:

1. No ofrecer ni dar sobornos ni dar o entregar cualquier otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario, miembro, trabajador o subcontratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., o cualquier otro funcionario del Estado que tenga o haya tenido que ver con el proceso, en relación con su propuesta.
2. No permitir que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independiente incurra en las conductas indicadas en el numeral anterior.
3. Impartir instrucciones a todos sus empleados, subcontratistas y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso.
4. No efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como consecuencia la colusión del proceso o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación del contrato.

(Firma)
(Nombre Representante Legal)
(No. Identificación representante Legal)
Representante Legal
(Nombre empresa)
(NIT empresa)
(Dirección empresa)
(Teléfono empresa)
(Dirección correo electrónico de la empresa)

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

PERSONA JURÍDICA ☐	PERSONA NATURAL ☐	OTRA: ☐	CUAL: _____
---	--	--------------------------------	-------------

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)
 ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIT	NOMBRES
REPRESENTANTE LEGAL:				
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX	

TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)
 PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐
 SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI ☐	RENTA/CREE	SI ☐	IVA	SI ☐	ICA	SI ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	NO ☐		NO ☐		NO ☐		NO ☐	
								PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☐
--------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------------------	-----------------------------

3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)
 POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐
 POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO SI ☐ NO ☐
 POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI ☐ NO ☐
 ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA SI ☐ NO ☐
 Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique: _____

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

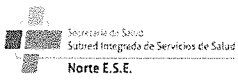
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	ACTIVOS TOTALES
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	PASIVOS TOTALES
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	PATRIMONIO
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI ☐	NO ☐	
REDESCUENTO ☐	EXPORTACIONES ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐			
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐	OTRA ☐ Especifique cual: _____
TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD
			PAÍS
			MONEDA

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):		
2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.		
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.		
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.		
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.		
6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)		
7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.		
8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.		
9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.		
10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.		
11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.		
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.		
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.		
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.		
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.		
APODERADO		
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.		
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN		
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.		
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.		
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.		
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:		
*Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.		
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:		
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.		
2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.		
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.		
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.		

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
INVITACIÓN A COTIZAR No 025-2020

ANEXO No 05 PROPUESTA ECONOMICA EXPANSORES

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total
1	EXPANSORES MEDIA LUNA	1	SISTEMA			-
2	EXPANSORES RECTANGULAR	1	SISTEMA			-
3	EXPANSORES REDONDOS	1	SISTEMA			-
			TOTAL			-

NOTA: Tenga en cuenta que la información relacionada en el anexo y en la pregunta de lista de precios del SECOP II debe coincidir.

Nombre:

Firma

Representante Legal
