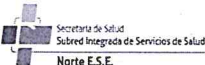
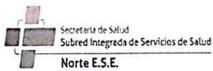
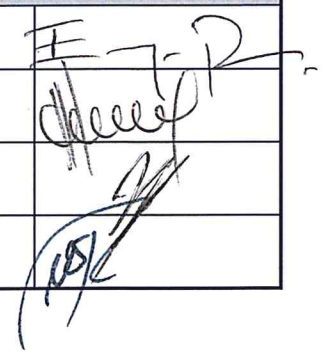
	INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
					FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>058 - 2019 S.NTE</u>					
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, 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
1	REPLAZOS ARTICULARES	SISTEMA	1	A Demanda	
2	CLAVOS ENDOMEDULARES	SISTEMA	1	A Demanda	
3	TRAUMA MIEMBRO SUPERIOR	SISTEMA	1	A Demanda	
4	TRAUMA ESPECIFICO DE CADERA	SISTEMA	1	A Demanda	
5	TRAUMA INFERIOR	SISTEMA	1	A Demanda	
6	TRAUMA BASICO	SISTEMA	1	A Demanda	
7	MAXILOFACIAL	SISTEMA	1	A Demanda	
8	INJERTOS OSEOS	SISTEMA	1	A Demanda	
9	COLUMNA	SISTEMA	1	A Demanda	
10	NEUROCIRUGIA	SISTEMA	1	A Demanda	
11	DISPOSITIVOS MEDICOS Y DE ALTA TECNOLOGIA	SISTEMA	1	A Demanda	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		25/04/2019			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 30/04/2019 Hora: HASTA LAS 2:00 PM Lugar: USS - CHAPINERO - Calle 66 No 15 - 41 Piso 1 Oficina de Correspondencia			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 30/04/2019 Hora: 2:10 PM Lugar: Lugar: USS - CHAPINERO - Calle 66 No 15 - 41 Piso 3 Oficina de Compras			
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 30/04/2019 Y EL 2/05/2019			
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		03/05/2019			
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					
SARLAFT					
PERSONA JURÍDICA Y PERSONA NATURAL (PARA SER HABILITADO SE DEBEN PRESENTAR LOS DOS FORMULARIOS)					

	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>058 - 2019 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	
1. FORMULARIOS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA Y NATURAL 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 (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR). 3. 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: HABILITANTES 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. COPIA REGISTRO INVIMA DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS A COTIZAR 4. COPIA CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO CCAA. 5. EL OFERENTE DEBERÀ PRESENTAR LOS PROTOCOLOS DE ALMACENAMIENTO, LAVADO, DESINFECCIÓN, PREPARACIÓN Y TRANSPORTE DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. 6. ADJUNTAR LAS FICHAS TÉCNICAS EN MEDIO MAGNÉTICO POR ÍTEM DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS OFERTADO. 7. 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. 14. 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 ECONÓMICOS: 1. EL OFERENTE DEBERÁ COTIZAR Y GARANTIZAR LA TOTALIDAD DE LOS ELEMENTOS QUE CONFORMAN CADA SUBSISTEMA Y COMPONEN UN SISTEMA. CUALQUIER OMISIÓN EN LOS ELEMENTOS DEL SUBSISTEMA SERÁ DE SU RESPONSABILIDAD. NO SE ADMITEN QUE LOS ELEMENTOS DE LA MISMA DESCRIPCIÓN, QUE TENGAN DIFERENTE MEDIDA O DIÁMETRO TENGAN DIFERENTE VALOR. 2. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR OFERTA ECONÓMICA EN ARCHIVO PDF Y EN EXCEL, CORRESPONDIENTE A LOS ANEXOS ECONÓMICOS, SU OFERTA NO PODRÁ SUPERAR EL PRESUPUESTO DESIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. 3. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR OFERTA ECONÓMICA EN ARCHIVO PDF Y EN EXCEL, CORRESPONDIENTE A LOS ANEXOS ECONÓMICOS, SU OFERTA NO PODRÁ SUPERAR EL PRESUPUESTO DESIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. 4. EL PROponente DEBE DILIGENCIAR EL ANEXO 5A EN DONDE DEBE ESPECIFICAR EL VALOR DE CADA SUBSISTEMA 5. EL PROponente DEBE DILIGENCIAR EL ANEXO 5B EN DONDE DEBE ESPECIFICAR EL VALOR DE CADA ÍTEM QUE COMPONEN EL SUBSISTEMA DEL ANEXO 5A 6. EL PROponente DEBE DILIGENCIAR EL ANEXO 5C EN DONDE DEBE ESPECIFICAR EL VALOR DE CADA MEDIDA O TALLA DE CADA ÍTEM QUE COMPONEN EL SUBSISTEMA DEL ANEXO 5B		
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	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 SETS A CONTRATAR. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.	
Criterios de 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.	

	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>058 - 2019 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	CUARENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS M/cte (\$47,000,000)		No.	748
Rubro Presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		Fecha del CDP	09/04/2019
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 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. C) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			
	GENERALES: - 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 GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. - LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>058 - 2019 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
Obligaciones del Contratista	1. MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: 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 MANTENER EN INVENTARIO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA SUBRED, SIN COSTO ADICIONAL O VALOR COMERCIAL. 2. 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. 3. 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. 4. LAS REPOSICIONES DEL STOCK SE DEBEN HACER CON 12 HORAS DESPUES DE REPORTE DEL GASTO. 5. 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. 6. EL CONTRATISTA DEBERÁ DEJAR LOS SETS DE MATERIALES COMPLETOS Y CON FECHAS VIGENTES DE ESTERILIZACIÓN RELACIONADAS EN EL PEDIDO DEL PERSONAL A CARGO. 7. EL CONTRATISTA DEBERÁ SUMINISTRAR EL MATERIAL LIMPIO, EMBALADO Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y RELACIONADAS RESPECTIVAMENTE EN LA REMISIÓN 8. 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 9. LOS ELEMENTOS ENTREGADOS EN LA E.S.E, DEBERÁN CORRESPONDER EN MARCA Y PRECIO CON LO OFERTADOS Y APROBADOS EN EL CONTRATO. 10. 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. 11. 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. 12. 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. 13. 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. 14. 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. 15. EN CASO DE QUE NO HAY OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MATERIAL O EQUIPOS, EL COSTO DE LA REPROGRAMACION LO ASUMIRÁ EL PROVEEDOR. 16. APOYO TECNICO EN LOS CASOS TECNICOS DE NO CONFORMIDAD . 17. PARA FACTURACION SE DEBE CUMPLIR CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS POR LA SUBRED CON LA APROBACION DEL ALMACEN Y DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.		

 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>058 - 2019 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
	18. 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 19. 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. 20. PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE AVANCE Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, ACOMPAÑADOS DE LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES EN LO RELACIONADO CON LA FACTURACIÓN. 21. EL PROVEEDOR DEBERA RESPONDER POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN VALOR Y TIEMPO.		
ACLARACIONES			
En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE CORREO ELECTRONICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO AL CORREO: comprasrednorte@gmail.com		
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 - SARLAFT PERSONA NATURAL ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA		
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
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

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 3 Correspondencia
Bogotá D.C

Referencia: Propuesta para CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Documento: **ORIGINAL Nro. Folios** _____

COPIA 1 Nro. Folios _____

COPIA 2 Nro. Folios _____

Anexos: _____ folios _____

Medios Magnéticos _____

Proponente: Nombre de la Persona Natural, Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 02

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: CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, QUE QUEDAÓN DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 01-2019, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

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 suministro de insumos medicoquirurgicos.

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. 3
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 No 4

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

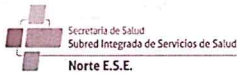
(Nombre empresa)

(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		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL:						NOMBRES	
CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO			DEPARTAMENTO		NACIONALIDAD (1)	
						NACIONALIDAD (2)	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL			CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
							TELÉFONO/FAX
CORREO ELECTRÓNICO:				PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA			CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
							TELÉFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA					
☐ PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ EXTRANJERA		☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS		☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES		☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	
						CUAL:	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		(SI) RENTA/CEE		(SI) IVA		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		(NO)		(NO)		ICA	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI NO		AGENTE RETENEDOR		SI NO	
						AGENTE AUTORETENEDOR	
						SI NO	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEP'S)							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS						SI ☐ NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO						SI ☐ NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL						SI ☐ NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA						SI ☐ NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:							
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN							
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)							
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				ACTIVOS TOTALES			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				PASIVOS TOTALES			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				PATRIMONIO			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES							
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:							
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:							

 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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					VERSIÓN: 1
						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 periodo gravable declarado.

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

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

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

2. Que conforme a 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

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

9.1.

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, 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.

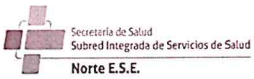
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

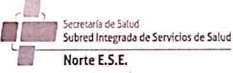
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes 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.

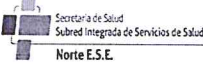
2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE 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 sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.		
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	TÉLEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐ UNIDO(A) ☐						
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:						
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA	
					PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:
						TÉLEFONO/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 ☐ NO ☐	IVA	SI ☐ NO ☐	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA
				ICA	SI ☐ NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR
						SI ☐ NO ☐
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA		
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐				
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	NUMERO DE NIT		
EXPORTACIONES ☐	AGRÍCOLA ☐	ENERGÉTICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGÍA ☐	ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO
						PAÍS
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACIÓN			

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

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

7. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

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

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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)

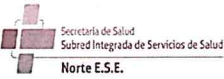
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED**, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**.

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante *Nota:* Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
- Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
- 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

- 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.
- 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.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- 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:

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 sarlaft@subrednorte.gov.co), y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

13. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

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

15. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

INVITACIÓN A COTIZAR No 058-2019 S.NTE
 ANEXO No. 5A ANEXO ECONÓMICO (PARA EVALUACIÓN DEL SET O SISTEMA)
 MATERIAL DE OSTEOSINTESIS - DESIERTOS

ITEM CP	ITEM IC	REPLAZOS ARTICULARES	DESCRIPCIÓN		V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO
17	1	CADERA	FEMUR DISTAL	SET			
18	2		FEMUR PROXIMAL	SET			
21	3		ANILLO ACETABULAR MULLER	SET			
38	4	RODILLA	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA HIBRIDA	SET			
39	5		PROTESIS REVISION DE RODILLA	SET			
41	6		REVISION DE RODILLA CONSTREÑIDA BISAGRA CENTRAL ROTATORIA	SET			
49	7	HOMBRO	PROTESIS DE RESUPERFICIALIZACION DE HOMBRO	SET			
56	8	TOBILLO	PROTESIS DE TOBILLO	SET			
58	9	REPLAZO TOTAL DE CODO	REEMPLAZO TOTAL DE CODO SEMICONSTREÑIDO	SET			
59	10		PROTESIS METACARPOFALANGICA	SET			
CLAVOS ENDOMEDULARES / SISTEMA DINAMICO							
66	11	CLAVOS INTRAMEDULARES PARA PIE-CON HOJA	CLAVO INTRAMEDULAR PARA ARTRODESIS DE PARTE POSTERIOR DEL PIE CON OPCION DE BLOQUEO DISTAL Y ASTRAGALINO TITANIO , Ø DESDE 9.5 HASTA 13.5 , LONGITUD DESDE 145MM HASTA 245MM	SET			
71	12	TIBIA	CLAVO DE RECONSTRUCCION DE TIBIA CON INSERCCION SUPRAPATELAR DIFERENTES MEDIDAS	SET			
	13		PLACA DE TIBIA DISTAL POSTERIOR TITANIO	SET			
	14		PLACA DE TIBIA DISTAL POSTERIOR ACERO	SET			
79	15	FEMUR	CLAVO FEMORAL ADOLESCENTE DIFERENTES MEDIDAS	SET			
83	16		CLAVO FEMUR INTRAMEDULAR CON ANTIBIOTICO DIFERENTES MEDIDAS	SET			
84	17		CLAVO DE RECONSTRUCCIÓN PARA FEMUR CON ENTRADA LATERAL	SET			
89	18		CLAVO FEMORAL RETRÓGRADO/ANTERÓGRADO CON HOJA EN ESPIRAL	SET			
TRAUMA MIEMBRO SUPERIOR							
115	19	HUMERO	PLACA BLOQUEADA HUMERO DISTAL MEDIAL ANGULO VARIABLE	SET			
133	20		PLACA DISTAL MEDIAL CON PROLONGACIÓN ANGULO VARIABLE BLOQUEADA DE 2.5 -3.6, CORTA 70 MM ,MEDIANA , LARGA, EXTRALARGA.	SET			
	21		BALON SUBACROMIAL	SET			
138	22	OLECRANO	PLACA PARA OLECRANON	SET			
142	23	RADIO	PLACA DE CUPULA RADIAL DE RECONSTRUCCION BAJO PERFIL ANGULO VARIABLE	SET			
170	24	CUBITO	PLACA DE CUBITO DISTAL	SET			
TRAUMA ESPECIFICO DE CADERA Y OSTEOTOMIAS							
197	25	CADERA	PLACAS DE CADERA BLOQUEADAS 5.0 PEDIÁTRICO, DE 140°, RECTA, ancho 23 MM, LONGITUD 90 MM	SET			
210	26		PLACAS PARA DEFORMIDADES Y FRACTURAS SUPRACONDILAR	SET			
	27		PLACAS LCP 3.5 y 4.5 TODAS LAS MEDIDAS ACERO	SET			
	28		PLACAS LCP 3.5 y 4.5 TODAS LAS MEDIDAS TITANIO				
OSTEOSINTESIS PARA CIRUGIA DE TRAUMA MIEMBRO INFERIOR							
246	29	MIEMBRO INFERIOR	PLACA BLOQUEADA DE COMPRESION DINAMICA DE 3.5 PARA TIBIA PROXIMAL PARA SEGEMENTOS PEQUEÑOS, BAJO CONTACTO.	SET			
	30		SISTEMA PIE DE ANGULO VARIABLE EN ACERO	SET			
	31		CANULADOS PARA EL SISTEMA PIE DE ANGULO VARIABLE EN ACERO	SET			
	32		SIERRAS PARA EL SISTEMA DE PIE ANGULO VARIABLE	SET			
	33		PLACAS DE PERONE ACERO	SET			
	34		PLACAS DE PERONE TITANIO	SET			
	35		PLACAS PARA MALEOLO TIBIAL TODAS LAS MEDIDAS ACERO	SET			
	36		PLACAS PARA MALEOLO TIBIAL TODAS LAS MEDIDAS TITANIO	SET			
	37		PLACA DE SOPORTE CONDILAR CONVENCIONAL	SET			
	38		TORNILLO CANULADO DE 4.5 ACERO	UNIDAD			
	39		TORNILLO CANULADO 5.0 ACERO	UNIDAD			
	40		TORNILLO CANULADOS 6.0 ACERO	UNIDAD			
TRAUMA BASICO							
260	41		PLACA EN "T" 3 A 5 ORIFICIOS	SET			
	42		PLACAS DCP BLOQUEADAS TODAS LAS MEDIDAS	SET			
	43		TUTOR RECREA	SET			
264	44	ESPACIADORES	ESPACIADORES DE TENDON	SET			
OSTEOSINTESIS MAXILOFACIAL							
337	45	AGUJAS	AGUJA PUNTA COLORADO 30 MM	UNIDAD			
338	46		AGUJA PUNTA COLORADO 40 MM	UNIDAD			
345	47	MATERIAL REABSORBIBLE	PLACA RECTA EN ACIDO LACTICO 4H PERFIL 1,0MM	SET			
348	48		PLACA RECTA EN ACIDO LACTICO 22H PERFIL 1,0MM	SET			
367	49		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 11X310X1,0 CURVA	SET			
368	50		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 11X249X1,0 RECTA	SET			
369	51		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 16X251X1,0 RECTA	SET			
370	52		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 16X251X1,5 RECTA	SET			
371	53		MALLA EN ACIDO LACTICO PARA LA BASE DE LA ORBITA OCULAR DE 40X40	SET			
378	54		PLACA RECTA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES 4H PERFIL 1,0MM	SET			

INVITACIÓN A COTIZAR No 058-2019 S.NTE
 ANEXO No. 5A ANEXO ECONÓMICO (PARA EVALUACIÓN DEL SET O SISTEMA)
 MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - DESIERTOS

ITEM CP	ITEM IC	REEMPLAZOS ARTICULARES	DESCRIPCIÓN		V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO
381	55		PLACA RECTA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES 22H PERFIL 1,0MM	SET			
400	56		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 11X310X1,0 CURVA	SET			
401	57		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 11X249X1,0 RECTA	SET			
402	58		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 16X251X1,0 RECTA	SET			
403	59		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 16X251X1,5 RECTA	SET			
404	60		MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES PARA LA BASE DE LA ORBITA OCULAR DE 40X40	SET			
405	61	DISPOSITIVOS DE DISTRACCION OSTEOGENICA	DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS MONOAXIAL NEONATO 28MM	SET			
406	62		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS MONOAXIAL PEDIATRICO 43MM	SET			
407	63		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS MONOAXIAL ADULTO DE 53MM	SET			
408	64		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS BIAIXIAL PEDIATRICO DE 56X40MM	SET			
409	65		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS BIAIXIAL ADULTO DE 76X40MM	SET			
410	66		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS MULTIDIRECCIONAL DE 15 A 85MM	SET			
411	67		FIJADOR EXTERNO CON CLAMPS	SET			
414	68		DISTRACTOR INTRAORAL BIDIRECCIONAL 20-20/20-20MM	SET			
417	69		DISTRACTOR INTRAORAL CUERPO Y RAMA MODULAR 10-25MM	SET			
418	70		DISTRACTOR INTRAORAL MICROCUERPO 15-30MM	SET			
419	71		DISTRACTOR INTRAORAL RAMA EXPANSIBLE 21-30MM	SET			
420	72		DISTRACTOR INTRAORAL CON ACTIVACION A 90 GRADOS DE 20-30MM	SET			
421	73		DISTRACTOR INTRAORAL DE TRASPORTE OSEO MANDIBULAR DERECHO E IZQUIERDO DE 30-60MM	SET			
422	74		DISTRACTOR INTRAORAL DE TRASPORTE OSEO CONDILAR DE 20-30MM	SET			
423	75		DISTRACTOR INTRAORAL DE PALADAR DE 9-36MM	SET			
425	76	DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO	DISTRACTOR INTRAORAL Y EXTERNO CRANEOMANDIBULAR	SET			
426	77		DISTRACTOR MANDIBULAR MONOAXIAL, PARA RAMA O CUERPO, DE 0.5 MM HASTA 30 MM	SET			
427	78		FIJADOR EXTERNO DE MANDIBULA, PARA SINFISIS, CUERPO Y RAMA, DE 2.5 MM A 4 MM, TITANIO	SET			
428	79		DISTRACTOR CRANEOMAXILOFACIAL, PARA CUERPO Y RAMA DE MAXILAR INFERIOR, DE 15 MM A 30 MM, TITANIO	SET			
429	80		DISTRACTOR MAXILAR PARA LEFORT I O FERULA DENTAL, DE 10 MM HASTA 25 MM, ACERO	SET			
430	81		DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO EXTERNO MULTIDIRECCIONAL RANGO ILIMITADO	SET			
433	82		DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO INTRAORAL MAXILAR EXPANSIBLE DE 21-30MM	SET			
434	83		DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO INTRAORAL MAXILAR PARA TRASPORTE OSEO DE 15-20MM	SET			
435	84		DISTRACTORES INTRAORAL ORBITOMALAR MONOBLOQUE 25-35MM	SET			
436	85		DISTRACTORES INTRAORAL ORBITOMALAR 25-35MM	SET			
437	86	DISTRACTORES ALVEOLARES	DISTRACTOR CRANEOFACIAL MONOBLOQUE 15-30	SET			
438	87		DISTRACTOR PARA TERCIO MEDIO EXTERNO, DIFERENTES AJUSTES, COMPONENTES PREENSAMBLADOS, ALUMINIO, TITANIO Y FIBRA DE CARBONO, DE 0 MM A 40 MM	SET			
439	88		DISTRACTOR INTRAORAL PARA 1-2 ESPACIOS DENTALES DE 6-32MM	SET			
441	89		DISTRACTOR INTRAORAL PARA 4 O MAS ESPACIOS DENTALES DE 10-15MM	SET			
442	90		DISTRACTOR INTRAORAL HORIZONTAL DE 4-0MM	SET			
443	91	PARA RECONSTRUCCION AURICULAR / NASAL	DISTRACTOR ALVEOLAR PARA MANDIBULA Y MAXILAR SUPERIOR, LINGUAL O BUCAL, DE 8 MM A 16 MM, TITANIO	SET			
444	92		PLACA ORBITAL ESTÁNDAR	SET			
445	93		PLACA AURICULAR ESTÁNDAR	SET			
446	94		PLACA NASAL ESTÁNDAR	SET			
447	95		MEDPOR PARANASAL	UNIDAD			
448	96	IMPLANTES	MEDPOR MALAR	UNIDAD			
449	97		MEDPOR MENTON	UNIDAD			
450	98		MEDPOR ESFERA	UNIDAD			
452	99	IMPLANTE EN 3D DE POLIETILENO POROSO ALTA DENSIDAD A LA MEDIDA	IMPLANTE EN 3D DE POLIETILENO POROSO ALTA DENSIDAD A LA MEDIDA	UNIDAD			
453	100		IMPLANTE DE POLIETILENO POROSO DE ULTRA BAJA DENSIDAD, ESTERIL, LAMINA, DIFERENTES TAMAÑOS	UNIDAD			

INVITACIÓN A COTIZAR No 058-2019 S.NTE
 ANEXO No. 5A ANEXO ECONÓMICO (PARA EVALUACIÓN DEL SET O SISTEMA)

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS - DESIERTOS

ITEM CP	ITEM IC	REEMPLAZOS ARTICULARES	DESCRIPCIÓN		V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO
454	101	IMPLANTE EN SU DE POLIETILENO POROSO ALTA DENSIDAD A LA MEDIDA	IMPLANTE DE POLIETILENO POROSO DE ULTRA BAJA DENSIDAD, ESTERIL, BASE ORBITARIA, DIFERENTES TAMAÑOS	UNIDAD			
455	102		IMPLANTE DE POLIETILENO POROSO DE ULTRA BAJA DENSIDAD, ESTERIL, PLACA EN ABANICO, DIFERENTES TAMAÑOS	UNIDAD			
		INJERTOS OSEOS					
472	103	BIOLOGICOS	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN JERINGA 1 cc	UNIDAD			
473	104		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PASTA EN JERINGA 1 cc	UNIDAD			
476	105		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA CON CHIPS DE HUESO ESPONJOSO EN FRASCO 5 cc	UNIDAD			
479	106		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA CON CHIPS DE HUESO CORTICAL EN FRASCO 5cc	UNIDAD			
480	107		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA CON CHIPS DE HUESO CORTICAL EN FRASCO.15 cc	UNIDAD			
486	108		CHIPS DE HUESO ESPONJOSO 20 cc FRASCO	UNIDAD			
488	109		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm	UNIDAD			
489	110		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*5 cm	UNIDAD			
490	111		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 5*5 cm	UNIDAD			
495	112		BIOCOMPUESTOS EN BLOQUE 10*10*10 mm	UNIDAD			
496	113		BIOCOMPUESTOS EN BLOQUE 10*10*20 mm	UNIDAD			
502	114		BIOCOMPUESTOS EN CUÑA 40*30*15 mm	UNIDAD			
509	115		HIDROXIAPATITA GRANULOS 0.5 Gr	UNIDAD			
510	116		HIDROXIAPATITA GRANULOS 1 Gr	UNIDAD			
512	117		HIDROXIAPATITA GRANULOS 5 Gr	UNIDAD			
513	118		HIDROXIAPATITA GRANULOS 10 Gr	UNIDAD			
514	119	SINETICO	FOSFATO DE CALCIO INYECTABLE PARA FRACTURAS DE PLATILLOS TIBIALES PARA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA	UNIDAD			
515	120		FOSFATO TRICALCICO INYECTABLE	UNIDAD			
516	121		FOSFATO TRICALCICO GRANULOS	UNIDAD			
517	122		CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 0.5	UNIDAD			
		COLUMNA					
559	123	IMPLANTES PARA COLUMNA	SET PARA FIJACION TORACOLUMBAR POR VIA POSTERIOR DE CARGA LATERAL MONOAXIAL	SET			
563	124		SET PARA FIJACION TORACOLUMBAR POR VIA POSTERIOR DE CARGA LATERAL MONOAXIAL	SET			
634	125		IMPLANTES PARA COLUMNA EN TITANIO 3 MM A 8MM	UNIDAD			
635	126		IMPLANTES PARA COLUMNA EN TITANIO 3 MM A 8MM EN PEEK	UNIDAD			
		NEUROCIRUGIA					
642	127		PLACA PARA TREPANACION DIMETRO 1.5-1.6 mm	UNIDAD			
646	128		SET PARA COLGAJO OSEO	UNIDAD			
647	129		CLAMP PARA COLGAJO OSEO EN TITANIO	UNIDAD			
648	130		CLAMP PARA COLGAJO OSEO REABSORBIBLE	UNIDAD			
656	131		MALLA DE 38*45MM - 40*50MM	UNIDAD			
662	132	ADICIONALES	CEMENTO PARA CRANEOPLASTIA	UNIDAD			
663	133		METIL METACRILATO				
675	134	PARCHES DE DURAMADRE	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm - 8*14	UNIDAD			
689	135	SISTEMA DE DRENAJE LUMBO PERITONEAL	AGUJA PARA PURGA	UNIDAD			
691	136		AGUJA DE PUNCION	UNIDAD			
692	137		LENQUETAS DE FIJACION	UNIDAD			
699	138		CATERER PARA MEDICION DE PRESION TISULAR DE O2 - TEMPERATURA CEREBRAL Y PRESION INTRACRANEANA/ INCLUYE EQUIPO PARA APOYO DIAGNOSTICO / SOPORTE TECNICO	UNIDAD			
		DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA					
721	139	DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA OTRAS ESPECIALIDADES NEUROCIRUGIA/OTORRINOLARINGOLOGÍA	SET SISTEMA BISTURI ULTRASONICO	SET			
724	140		SISTEMA DE NAVEGACION PEDICULAR	SET			
725	141		DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA P	SET			
726	142		DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA P	SET			
727	143		DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA P	SET			
728	144		DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA P	SET			

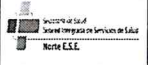
* EL OFERENTE DEBERA COTIZAR CADA SUBSISTEMA E INCLUIR (EN LOS ANEXOS 5B Y 5C) LOS ELEMENTOS QUE COMPONEN EN SU TOTALIDAD.

* CUALQUIER OMISION EN LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA SERA DE SU RESPONSABILIDAD.

* NO SE ADMITEN QUE LOS ELEMENTOS DE LA MISMA DESCRIPCION QUE TENGAN DIFERENTE MEDIDA O DIAMETRO TENGAN DISTINTO VALOR.

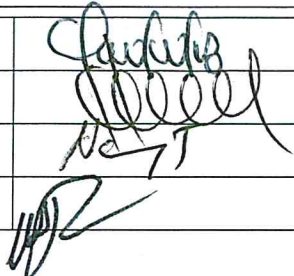
NOTA: EN ESTE ANEXO VA UNICAMENTE EL VALOR DE CADA SUBSISTEMA

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
 NOMBRE Y NIT DE LA COMPAÑIA

		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05		
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5		
PÁGINA : 1 DE 2		FECHA : 12/06/2018				
Fecha de Solicitud D/M/A		19/03/2019		Fecha de Recibido D/M/A		
DATOS DEL SOLICITANTE						
Nombre del Solicitante:		NANCY STELLA TABARES RAMIREZ				
Proceso:		SUBGERENCIA DE SERVICIOS				
Correo Electrónico y teléfono		esterilizacion.suba@subrednorte.gov.co				
PAA(x) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFILO		JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO / PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
OBJETO A CONTRATAR						
SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, QUE QUEDARON DESIERTOS EN LA CONVOCATORIA PUBLICA 001-2019 DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. realizó el proceso de convocatoria numero 01/2019 y se declaron desiertos los ítems relacionados a continuación, con el fin de dar cumplimiento a los postulados de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2017 y sus Decretos reglamentarios y en ejercicio de la función misional que le compromete, requiere CONTRATAR LOS INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, PARA LAS UNIDADES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBREDNORTE E.S.E						
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación
1	REPLAZOS ARTICULARES	1	SISTEMA	A DEMANDA		
2	CLAVOS ENDOMEDULARES	1	SISTEMA	A DEMANDA		
3	TRAUMA MIEMBRO SUPERIOR	1	SISTEMA	A DEMANDA		
4	TRAUMA ESPECIFICO DE CADERA	1	SISTEMA	A DEMANDA		
5	TRAUMA INFERIOR	1	SISTEMA	A DEMANDA		
6	TRAUMA BASICO	1	SISTEMA	A DEMANDA		
7	MAXILOFACIAL	1	SISTEMA	A DEMANDA		
8	INJERTOS OSEOS	1	SISTEMA	A DEMANDA		
9	COLUMNA	1	SISTEMA	A DEMANDA		
10	NEUROCIRUGIA	1	SISTEMA	A DEMANDA		
11	DISPOSITIVOS MEDICOSY EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA	1	SISTEMA	A DEMANDA		
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI x NO						
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR						
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. Copia registro INVIMA de cada uno de los productos a cotizar 4. Copia certificado de capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento CCAA. 5. El oferente deberá presentar los protocolos de almacenamiento, lavado, desinfección, preparación y transporte del material de osteosíntesis. 6. Adjuntar las fichas técnicas en medio magnético por ítem del material de osteosíntesis ofertado. 7. 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. 8. 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						
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	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares		
☐	☐	☐	☐	☐		
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos		
☐	☐	☐	☐	☐		

601
18-04-19
587 no
504-19
3.77

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-01-05 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 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 mantener en inventario de acuerdo con las necesidades de la Subred, sin costo adicional o valor comercial. 2. 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. 3. 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. 4. Las reposiciones del stock se deben hacer con 12 horas despues de reporte del gasto. 5. 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. 6. El contratista deberá dejar los sets de materiales completos y con fechas vigentes de esterilización relacionadas en el pedido del personal a cargo. 7. El contratista deberá suministrar el material limpio, embalado y en óptimas condiciones de funcionamiento y relacionadas respectivamente en la remisión 8. 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 9. Los elementos entregados en la E.S.E, deberán corresponder en marca y precio con lo ofertados y aprobados en el contrato. 10. 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. 11. 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. 12. 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. 13. 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. 14. 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 dichos procedimientos. 15.En caso de que no hay oportunidad en la entrega de material o equipos, el costo de la reprogramacion lo asumira el proveedor. 16.Apoyo tecnico en los casos tecnicos de no conformidad . 17.Para facturacion se debe cumplir con las fechas establecidas por la subred con la aprobacion del almacen y del supervisor del contrato. 18. 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 19.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. 20. Presentar informes mensuales de avance y cumplimiento de las actividades, acompañados de los soportes correspondientes en lo relacionado con la facturación. 21. El proveedor debiera responder por la ejecucion del contrato en valor y tiempo.		

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:	JENNY MARCELA MUÑOZ C.	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente:	DR. YIDNEY ISABEL GARCIA	
Observaciones: Se realizo el proceso de convocatoria numero 01/2019 y declaro desiertos los ítems relacionados a continuacion, el manual de contratacion de la E.S.E establece en los causales de contratacion directa , poder contratar con el proveedor que ofresca los insumos aquí relacionados en forma directa.			

ITEM	REEMPLAZOS ARTICULARES		
1	CADERA	FEMUR DISTAL	SET
2		FEMUR PROXIMAL	SET
3		ANILLO ACETABULAR MULLER	SET
4	RODILLA	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA HIBRIDA	SET
5		PROTESIS REVISION DE RODILLA	SET
6		REVISION DE RODILLA CONSTRENIDA BISAGRA CENTRAL ROTATORIA	SET
7	HOMBRO	PROTESIS DE RESUPERFICIALIZACION DE HOMBRO	SET
8	TOBILLO	PROTESIS DE TOBILLO	SET
9	REEMPLAZO TOTAL DE CODO	REEMPLAZO TOTAL DE CODO SEMICONSTRENIDO	SET
10		PROTESIS METACARPOFALANGICA	SET

	CLAVOS ENDOMEDULARES / SISTEMA DINAMICO		
11	CLAVOS INTRAMEDULARES PARA PIE-CON HOJA	CLAVO INTRAMEDULAR PARA ARTRODESIS DE PARTE POSTERIOR DEL PIE CON OPCION DE BLOQUEO DISTAL Y ASTRAGALINO TITANIO , Ø DESDE 9.5 HASTA 13.5 , LONGITUD DESDE 145MM HASTA 245MM	SET
12	TIBIA	CLAVO DE RECONSTRUCCION DE TIBIA CON INSERCIÓN SUPRAPATELAR DIFERENTES MEDIDAS	SET
13		PLACA DE TIBIA DISTAL POSTERIOR TITANIO	SET
14		PLACA DE TIBIA DISTAL POSTERIOR ACERO	SET
15	FEMUR	CLAVO FEMORAL ADOLESCENTE DIFERENTES MEDIDAS	SET
16		CLAVO FEMUR INTRAMEDULAR CON ANTIBIOTICO DIFERENTES MEDIDAS	SET
17		CLAVO DE RECONSTRUCCION PARA FEMUR CON ENTRADA LATERAL	SET
18		CLAVO FEMORAL RETROGRADO/ANTEROGADO CON HOJA EN ESPIRAL	SET

	TRAUMA MIEMBRO SUPERIOR		
19	HUMERO	PLACA BLOQUEADA HUMERO DISTAL MEDIAL ANGULO VARIABLE	SET
20		PLACA DISTAL MEDIAL CON PROLONGACIÓN ANGULO VARIABLE BLOQUEADA DE 2.5 -3.6, CORTA 70 MM, MEDIANA , LARGA, EXTRALARGA	SET
21		BALON SUBACROMIAL	SET
22	OLECRANO	PLACA PARA OLECRANON	SET
23	RADIO	PLACA DE CUPULA RADIAL DE RECONSTRUCCION BAJO PERFIL ANGULO VARIABLE	SET
24	CUBITO	PLACA DE CUBITO DISTAL	SET

	TRAUMA ESPECIFICO DE CADERA Y OSTEOTOMIAS		
25	CADERA	PLACAS DE CADERA BLOQUEADAS 5.0 PEDIÁTRICO, DE 140°, RECTA, ancho 23 MM, LONGITUD 90 MM	SET
26		PLACAS PARA DEFORMIDADES Y FRACTURAS SUPRACONDILAR	SET
27		PLACAS LCP 3.5 y 4.5 TODAS LAS MEDIDAS ACERO	SET
28		PLACAS LCP 3.5 y 4.5 TODAS LAS MEDIDAS TITANIO	SET

	OSTEOSINTESIS PARA CIRUGIA DE TRAUMA MIEMBRO INFERIOR		
29	MIEMBRO INFERIOR	PLACA BLOQUEADA DE COMPRESION DINAMICA DE 3.5 PARA TIBIA PROXIMAL PARA SEGMENTOS PEQUEÑOS, BAJO CONTACTO	SET
30		SISTEMA PIE DE ANGULO VARIABLE EN ACERO	SET
31		CANULADOS PARA EL SISTEMA PIE DE ANGULO VARIABLE EN ACERO	SET
32		SIERRAS PARA EL SISTEMA DE PIE ANGULO VARIABLE	SET
33		PLACAS DE PERONE ACERO	SET
34		PLACAS DE PERONE TITANIO	SET
35		PLACAS PARA MALEOLO TIBIAL TODAS LAS MEDIDAS ACERO	SET
36		PLACAS PARA MALEOLO TIBIAL TODAS LAS MEDIDAS TITANIO	SET
37		PLACA DE SOPORTE CONDILAR CONVENCIONAL	SET
38		TORNILLO CANULADO DE 4.5 ACERO	UNIDAD
39		TORNILLO CANULADO 5.0 ACERO	UNIDAD
40		TORNILLO CANULADOS 6.0 ACERO	UNIDAD

	TRAUMA BASICO		
41		PLACA EN "T" 3 A 5 ORIFICIOS	SET
42		PLACAS DCP BLOQUEADAS TODAS LAS MEDIDAS	SET
43		TUTOR RECREA	SET
44	ESPACIADORES	ESPACIADORES DE TENDON	SET

	OSTEOSINTESIS MAXILOFACIAL		
45	AGUJAS	AGUJA PUNTA COLORADO 30 MM	UNIDAD
46		AGUJA PUNTA COLORADO 40 MM	UNIDAD

47	MATERIAL REABSORBIBLE	PLACA RECTA EN ACIDO LACTICO 4H PERFIL 1,0MM	SET
48		PLACA RECTA EN ACIDO LACTICO 22H PERFIL 1,0MM	SET
49		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 11X310X1,0 CURVA	SET
50		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 11X249X1,0 RECTA	SET
51		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 16X251X1,0 RECTA	SET
52		TIRA MALLA EN ACIDO LACTICO DE 16X251X1,5 RECTA	SET
53		MALLA EN ACIDO LACTICO PARA LA BASE DE LA ORBITA OCULAR DE 40X40	SET
54		PLACA RECTA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES 4H PERFIL 1,0MM	SET
55		PLACA RECTA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES 22H PERFIL 1,0MM	SET
56		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 11X310X1,0 CURVA	SET
57		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 11X249X1,0 RECTA	SET
58		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 16X251X1,0 RECTA	SET
59		TIRA MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES DE 16X251X1,5 RECTA	SET
60		MALLA EN ACIDO PILIGLICOLICO/ACIDO LACTICO Y OTRAS COMBINACIONES PARA LA BASE DE LA ORBITA OCULAR DE 40X40	SET

61	DISPOSITIVOS DE DISTRACCION OSTEOGENICA	DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS MONOAXIAL NEONATO 28MM	SET
62		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS MONOAXIAL PEDIATRICO 43MM	SET
63		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS MONOAXIAL ADULTO DE 53MM	SET
64		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS BIAIXIAL PEDIATRICO DE 56X40MM	SET
65		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS PERCUTANEOS BIAIXIAL ADULTO DE 76X40MM	SET
66		DISTRACTORES MANDIBULARES EXTERNOS MULTIDIRECCIONAL DE 15 A 85MM	SET
67		FIJADOR EXTERNO CON CLAMPS	SET
68		DISTRACOR INTRAORAL BIDIRECCIONAL 20-20/20-20MM	SET
69		DISTRACOR INTRAORAL CUERPO Y RAMA MODULAR 10-25MM	SET
70		DISTRACOR INTRAORAL MICROCUERPO 15-30MM	SET
71		DISTRACOR INTRAORAL RAMA EXPANSIBLE 21-30MM	SET
72		DISTRACOR INTRAORAL CON ACTIVACION A 90 GRADOS DE 20-30MM	SET
73		DISTRACOR INTRAORAL DE TRASPORTE OSEO MANDIBULAR DERECHO E IZQUIERDO DE 30-60MM	SET
74		DISTRACOR INTRAORAL DE TRASPORTE OSEO CONDILAR DE 20-30MM	SET
75		DISTRACOR INTRAORAL DE PALADAR DE 9-36MM	SET
76		DISTRACOR INTRAORAL Y EXTERNO CRANEOMANDIBULAR	SET
77		DISTRACOR MANDIBULAR MONOAXIAL, PARA RAMA O CUERPO, DE 0.5 MM HASTA 30 MM	SET
78		FIJADOR EXTERNO DE MANDIBULA, PARA SINFISIS, CUERPO Y RAMA, DE 2.5 MM A 4 MM, TITANIO	SET
79		DISTRACOR CRANEOMAXILOFACIAL, PARA CUERPO Y RAMA DE MAXILAR INFERIOR, DE 15 MM A 30 MM, TITANIO	SET
80		DISTRACOR MAXILAR PARA LEFORT I O FERULA DENTAL, DE 10 MM HASTA 25 MM, ACERO	SET
81	DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO	DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO EXTERNO MULTIDIRECCIONAL RANGO ILIMITADO	SET
82		DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO INTRAORAL MAXILAR EXPANSIBLE DE 21-30MM	SET
83		DISTRACTORES PARA TERCIO MEDIO INTRAORAL MAXILAR PARA TRASPORTE OSEO DE 15-20MM	SET
84		DISTRACTORES INTRAORAL ORBITOMALAR MONOBLOQUE 25-35MM	SET
85		DISTRACTORES INTRAORAL ORBITOMALAR 25-35MM	SET
86		DISTRACOR CRANEOFACIAL MONOBLOQUE 15-30	SET
87	DISTRACTORES ALVEOLARES	DISTRACOR PARA TERCIO MEDIO EXTERNO, DIFERENTES AJUSTES, COMPONENTES PREENSAMBLADOS, ALUMINIO, TITANIO Y FIBRA DE CARBONO, DE 0 MM A 40 MM	SET
88		DISTRACOR INTRAORAL PARA 1-2 ESPACIOS DENTALES DE 6-32MM	SET
89		DISTRACOR INTRAORAL PARA 4 O MAS ESPACIOS DENTALES DE 10-15MM	SET
90		DISTRACOR INTRAORAL HORIZONTAL DE 4-0MM	SET
91	STEMA PARA RECONSTRUCCION AURICULAR / NASAL /ORBIT	DISTRACOR ALVEOLAR PARA MANDIBULA Y MAXILAR SUPERIOR, LINGUAL O BUCAL, DE 8 MM A 16 MM, TITANIO	SET
92		PLACA ORBITAL ESTÁNDAR	SET
93	IMPLANTES	PLACA AURICULAR ESTÁNDAR	SET
94		PLACA NASAL ESTÁNDAR	SET
95		MEDPOR PARANASAL	UNIDAD
96		MEDPOR MALAR	UNIDAD
97		MEDPOR MENTON	UNIDAD
98		MEDPOR ESFERA	UNIDAD
99	IMPLANTE EN 3D DE POLIETILENO POROSO ALTA DENSIDAD A LA MEDIDA	IMPLANTE EN 3D DE POLIETILENO POROSO ALTA DENSIDAD A LA MEDIDA	UNIDAD
100		IMPLANTE DE POLIETILENO POROSO DE ULTRA BAJA DENSIDAD, ESTERIL, LAMINA, DIFERENTES TAMAÑOS	UNIDAD
101		IMPLANTE DE POLIETILENO POROSO DE ULTRA BAJA DENSIDAD, ESTERIL, BASE ORBITARIA, DIFERENTES TAMAÑOS	UNIDAD
102		IMPLANTE DE POLIETILENO POROSO DE ULTRA BAJA DENSIDAD, ESTERIL, PLACA EN ABANICO, DIFERENTES TAMAÑOS	UNIDAD

	INJERTOS OSEOS		
103	BIOLOGICOS	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN JERINGA 1 cc	UNIDAD
104		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PASTA EN JERINGA 1 cc	UNIDAD
105		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA CON CHIPS DE HUESO ESPONJOSO EN FRASCO 5 cc	UNIDAD
106		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA CON CHIPS DE HUESO CORTICAL EN FRASCO 5cc	UNIDAD
107		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA CON CHIPS DE HUESO CORTICAL EN FRASCO.15 cc	UNIDAD
108		CHIPS DE HUESO ESPONJOSO 20 cc FRASCO	UNIDAD
109		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm	UNIDAD
110		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*5 cm	UNIDAD
111		MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 5*5 cm	UNIDAD
112		BIOCOMPUESTOS EN BLOQUE 10*10*10 mm	UNIDAD
113	SINTETICO	BIOCOMPUESTOS EN BLOQUE 10*10*20 mm	UNIDAD
114		BIOCOMPUESTOS EN CUÑA 40*30*15 mm	UNIDAD
115		HIDROXIAPATITA GRANULOS 0.5 Gr	UNIDAD
116		HIDROXIAPATITA GRANULOS 1 Gr	UNIDAD
117		HIDROXIAPATITA GRANULOS 5 Gr	UNIDAD
118		HIDROXIAPATITA GRANULOS 10 Gr	UNIDAD
119		FOSFATO DE CALCIO INYECTABLE PARA FRACTURAS DE PLATILLOS TIBIALES PARA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA	UNIDAD
120		FOSFATO TRICALCICO INYECTABLE	UNIDAD
121		FOSFATO TRICALCICO GRANULOS	UNIDAD
122		CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 0.5	UNIDAD

	COLUMNA		
123	IMPLANTES PARA COLUMNA	SET PARA FIJACION TORACOLUMBAR POR VIA POSTERIOR DE CARGA LATERAL MONOAXIAL	SET
124		SET PARA FIJACION TORACOLUMBAR POR VIA POSTERIOR DE CARGA LATERAL MONOAXIAL	SET
125		IMPLANTES PARA COLUMNA EN TITANIO 3 MM A 8MM	UNIDAD
126		IMPLANTES PARA COLUMNA EN TITANIO 3 MM A 8MM EN PEEK	UNIDAD

	NEUROCIRUGIA		
127		PLACA PARA TREPANACION DIMETRO 1.5-1.6 mm	UNIDAD
128		SET PARA COLGAJO OSEO	UNIDAD
129		CLAMP PARA COLGAJO OSEO EN TITANIO	UNIDAD
130		CLAMP PARA COLGAJO OSEO REABSORBIBLE	UNIDAD
131		MALLA DE 38*45MM - 40*50MM	UNIDAD
132	ADICIONALES	CEMENTO PARA CRANEOPLASTIA	UNIDAD
133		METIL METACRILATO	
134	PARCHES DE DURAMADRE	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm - 8*14	UNIDAD
135		AGUJA PARA PURGA	UNIDAD
136	SISTEMA DE DRENAJE LUMBO PERITONEAL	AGUJA DE PUNCION	UNIDAD
137		LENGUETAS DE FIJACION	UNIDAD
138	MONITORIA MULTIMODAL	CATETER PARA MEDICION DE PRESION TISULAR DE O2 -TEMPERATURA CEREBRAL Y PRESION INTRACRANEANA/ INCLUYE EQUIPO PARA APOYO DIAGNOSTICO / SOPORTE TECNICO	UNIDAD

	DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA		
139		SET SISTEMA BISTURI ULTRASONICO	SET
140	DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA	SISTEMA DE NAVEGACION PEDICULAR	SET
141	OTRAS ESPECIALIDADES	DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA PEDICULAR-TIP 4.0MM-	SET
142	NEUROCIRUGIA/OTORRINOLARINGOLOGIA	DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA PEDICULAR- TIP 3.2MM	SET
143		DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA PEDICULAR-TIP 2.5MM-	SET
144		DISPOSITIVO PARA MONITOREO DINAMICO DE RESISTENCIA PEDICULAR- XS TRI TIP 2.5MM-	SET

 MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE CUBA	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
			VERSIÓN : 4
			PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 12/06/2018

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

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

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	JENNY MARCELA MUÑOZ CUERVO
Correo Electrónico:	essterillacion.siba@subrednorte.gov.cu
Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
Fecha Elaboración d/m/a	19/03/2019