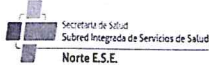
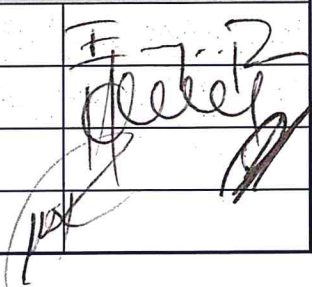
	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4		
			PÁGINA : 1 DE 2		
			FECHA : 12/06/2018		
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>061 - 2019 S.NTE</u>					
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX 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.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica
1	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SISTEMA	1	A Demanda	
2	CIRUGÍA DE TORAX	SISTEMA	1	A Demanda	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		26/04/2019			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 3/05/2019 Hora: HASTA LAS 2:00 PM Lugar: USS - CHAPINERO - Calle 66 No 15 - 41 Piso 1 Oficina de Correspondencia			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 3/05/2019 Hora: 2:10 PM Lugar: USS - CHAPINERO - Calle 66 No 15 - 41 Piso 3 Oficina de Compras			
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 3/05/2019 Y EL 6/05/2019			
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		07/05/2019			
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. 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) 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.					

	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>061 - 2019 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX 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.			
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, 7 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 DISTRIBUCIÓN 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:				
EL OFERENTE DEBERÁ COTIZAR Y GARANTIZAR LA TOTALIDAD DE LOS ELEMENTOS QUE CONFORMAN CADA SUBSISTEMA Y COMPONEN UN SISTEMA. CUALQUIER OMISIÓN EN 1. 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.				
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.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	TREINTA Y TRES MILLONES DE PESOS M/cte (\$33,000,000)	No.	749	
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				

 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>061 - 2019 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX 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.	
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 EXTRA CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.	
	GENERALES: - CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS 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 5 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 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. - 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. - 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. - LAS REPOSICIONES DEL STOCK SE DEBEN HACER CON 12 HORAS DESPUES DE REPORTE DEL GASTO.	

 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>061 - 2019 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX 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.	
Obligaciones del Contratista	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 REPROGRAMACIÓN LO ASUMIRÁ EL PROVEEDOR. 16. APOYO TÉCNICO EN LOS CASOS TÉCNICOS DE NO CONFORMIDAD. 17. PARA FACTURACIÓN SE DEBE CUMPLIR CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS POR LA SUBRED CON LA APROBACIÓN DEL ALMACÉN 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 DEBERÁ 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 ELECTRÓNICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO AL CORREO: comprasrednorte@gmail.com	

 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>061 - 2019 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX 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.		
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

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: SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX 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.

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. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

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

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

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de

Ciudad y fecha _____

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

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

ANEXO No 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

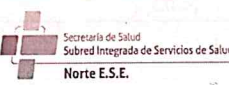
(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

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

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

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

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

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

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

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

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, 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)

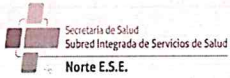
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

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

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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

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

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

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

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

12. CONSIDERACIONES

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

12.1. AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE 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: 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá 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 LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

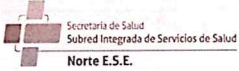
Huella Índice Derecho

14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

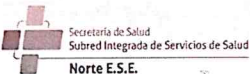
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre del funcionario o Asesor:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐
6. Firma y Cédula		

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:	

		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/CREE (NO) ☐		(SI) ☐ IVA (NO) ☐		(SI) ☐ ICA (NO) ☐	
						CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
						PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☐	
						AGENTE AUTORETENEDOR	
						SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS						SI ☐ NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO						SI ☐ NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL						SI ☐ NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA						SI ☐ NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:							
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN							
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)							
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				ACTIVOS TOTALES			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				PASIVOS TOTALES			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				PATRIMONIO			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES							
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:							
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:							

 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 ☐	Especifique cual:			
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐					
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	OTRA ☐					
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 ultimo periodo gravable declarado.							
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.							
APODERADO							
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.							
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN							
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 Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.							
2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.							
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.							
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.							

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

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

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

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

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

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

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

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

ITEM IC	DESCRIPCIÓN	Unidad de Medida	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO
	TUBOS DE VENTILACION / PROTESIS OTORRINOLARINGOLOGIA / SISTEMA SHAIVER				
1	TUBO DE VENT.TIPO SHERPARD 2,2MM CON COLA FLUOROPLASTIA	UNIDAD			
2	TUBO DE VENT.TIPO SHERPARD 2,2MM SIN COLA FLUOROPLASTIA	UNIDAD			
3	TUBO DE VENT. TIPO SHERPARD 2.4MM SILICONA	UNIDAD			
4	TUBO DE VENTILACION TIPO ARMSTRONG 3.8MM FLUOROPLASTIA	UNIDAD			
5	TUBO DE VENTILACION TIPO COLAR BUTTON FLUOROPLASTIA	UNIDAD			
6	TUBO DE VENTILACION TIPO DONALDSON 2.2MM SILICONA	UNIDAD			
7	TUBO DE VENTILACION TIPO ARMSTRONG 3,7MM SILICONA	UNIDAD			
8	TUBO DE VENTILACION TIPO DONALDSON 2.2MM FLUOROPLASTIA	UNIDAD			
9	TUBO DE VENTILACION TIPO PAPARELA 2.2MM SILICONA	UNIDAD			
10	TUBO DE VENTILACION EN T 6MM y 7.5 MM SILICONA	UNIDAD			
11	PROTESIS DE RECONSTRUCCION DE CADENA OCICULAR TOTAL	UNIDAD			
12	PROTESIS DE RECONSTRUCCION DE CADENA OCICULAR PARCIAL	UNIDAD			
13	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4 mm x 3,5mm	UNIDAD			
14	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4 mm x 3,75mm	UNIDAD			
15	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.0mm	UNIDAD			
16	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.25mm	UNIDAD			
17	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.5mm	UNIDAD			
18	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.75mm	UNIDAD			
19	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 5.0mm	UNIDAD			
20	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4m x 5.25mm	UNIDAD			
21	PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 5.5mm	UNIDAD			
22	Protesis nitibond 0.4X3.5 mm	UNIDAD			
23	Protesis nitibond 0.4X3.75 mm	UNIDAD			
24	Protesis nitibond 0.4X4.0 mm	UNIDAD			
25	Protesis nitibond 0.4X4.25 mm	UNIDAD			
26	Protesis nitibond 0.4X4.50 mm	UNIDAD			
27	Protesis nitibond 0.4X4.75 mm	UNIDAD			
28	Protesis nitibond 0.4X5.0 mm	UNIDAD			
29	Protesis nitibond 0.4X5.50 mm	UNIDAD			
30	Protesis nitibond 0.6X3.5 mm	UNIDAD			
31	Protesis nitibond 0.6X3.75 mm	UNIDAD			
32	Protesis nitibond 0.6X4.0 mm	UNIDAD			
33	Protesis nitibond 0.6X4.25 mm	UNIDAD			
34	Protesis nitibond 0.6X4.50 mm	UNIDAD			
35	Protesis nitibond 0.6X4.75 mm	UNIDAD			
36	Protesis nitibond 0.6X5.0 mm	UNIDAD			
37	Protesis nitibond 0.6X5.50 mm	UNIDAD			
38	Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX5,25 mm	UNIDAD			
39	Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX5,50 mm	UNIDAD			
40	Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX5,75 mm	UNIDAD			
41	Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX6.0 mm	UNIDAD			
42	Prótesis de MRP malleus	UNIDAD			
43	Prótesis de MNP parcial malleus de 2.5mm	UNIDAD			
44	Prótesis de MNP parcial malleus de 2.75mm	UNIDAD			
45	Prótesis de MNP parcial malleus de 3.0mm	UNIDAD			
46	Prótesis de MNP parcial malleus de 3.25mm	UNIDAD			

INVITACIÓN A COTIZAR No 061-2019 S.NTE

EXO No. 5A ANEXO ECONÓMICO (PARA EVALUACIÓN DEL SET O SISTEMA)

ITEM IC	DESCRIPCIÓN	Unidad de Medida	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO
47	Prótesis de MNP parcial malleus de 3.5mm	UNIDAD			
48	Prótesis de MNP total malleus de 4.0mm	UNIDAD			
49	Prótesis de MNP total malleus de 4.25mm	UNIDAD			
50	Prótesis de MNP total malleus de 4.50mm	UNIDAD			
51	Prótesis de MNP total malleus de 4.75mm	UNIDAD			
52	Prótesis de MNP total malleus de 5.0mm	UNIDAD			
53	Prótesis de MNP total malleus de 5.25mm	UNIDAD			
54	Prótesis de MNP total malleus de 5.50mm	UNIDAD			
55	Prótesis de MNP total malleus de 6.0mm	UNIDAD			
56	Prótesis de MNP total malleus de 6.50mm	UNIDAD			
57	Prótesis de MNP total malleus de 7.0mm	UNIDAD			
58	laser Diodo	UNIDAD			
59	Laser Trublue	UNIDAD			
60	SET SISTEMA SHAVER - OTORRINOLARINGOLOGIA	SET			
61	SET DE CUCHILLAS SISTEMA SHAVER	SET			
62	CUCHILLAS RECTAS Ø 3.0mm, CERRADAS DOBLE, ESTERIL	UNIDAD			
63	CUCHILLAS RECTAS Ø 3.5mm, CERRADAS DOBLE, ESTERIL	UNIDAD			
64	CUCHILLAS RECTAS Ø 4mm, CERRADAS DOBLE, ESTERIL	UNIDAD			
65	CUCHILLAS ANGULADAS 40°, Ø 3mm, SERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
66	CUCHILLAS ANGULADAS 15°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
67	CUCHILLAS ANGULADAS 15°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONVEXA, ESTERIL	UNIDAD			
68	CUCHILLAS ADENOIDE 40°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONVEXA, ESTERIL	UNIDAD			
69	CUCHILLAS ANGULADAS 60°, Ø 3mm, CERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
70	CUCHILLAS ANGULADAS 60°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
71	CUCHILLAS ANGULADAS 60°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONVEXA, ESTERIL	UNIDAD			
72	CUCHILLAS RECTAS, FRESA CILINDRICA PROTEGIDA, Ø 3.0mm, ESTERIL	UNIDAD			
73	CUCHILLAS ANGULADAS 15°, FRESA BOLA PARA DCR, Ø 3.0mm, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
74	CUCHILLAS ANGULADAS 60°, FRESA CILINDRICA PROTEGIDA, Ø 3.0mm, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
75	CUCHILLAS ANGULADAS 15°, FRESA DIAMANTE PARA DCR, Ø 3.0mm, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD			
76	CUCHILLA LARINGE, DIAMETRO Ø 3.5mm, 22cm ESTERIL	UNIDAD			
77	CUCHILLA LARINGE, DIAMETRO Ø 3.5mm, 27cm ESTERIL	UNIDAD			
78	SISTEMA DE FRESADO PARA OTOLOGÍA INCLUYE SET DE FRESAS	UNIDAD			
79	FRESA ACERO LONGITUD 70MM . DIAM .1.8 MM (MOTOR DE FRESADO)	SET			
80	SISTEMA DE FIJACION DE TORAX				
	TORAX				
81	PECTUS PLACA DE ESTABILIZACION DE 406MM	UNIDAD			
82	PECTUS PLACA DE ESTABILIZACION DE 432MM	UNIDAD			
83	CLIPS COSTALES EN TITANIO 22,5 ° IZQUIERDO XL	UNIDAD			
84	CLIPS COSTALES EN TITANIO DE 22,5 ° DERECHO XL	UNIDAD			

ITEM IC	DESCRIPCIÓN	Unidad de Medida	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL UNITARIO
85	CLIPS COSTALES EN TITANIO DE 45 ° IZQUIERDO XL	UNIDAD			
86	CLIPS COSTALES DE TITANIO 45° DERECHO XL	UNIDAD			
87	BARRA DE CONEXIÓN DENTADAS 150 MM	UNIDAD			
88	BARRA DE CONEXIÓN DENTADAS 190 MM	UNIDAD			
89	BARRA DE CONEXIÓN DENTADAS 230 MM	UNIDAD			
90	CLIPS EN TITANIO PARA COSTILLA LARGO STANDARD	UNIDAD			
91	CLIPS EN TITANIO PARA COSTILLA LARGO XL	UNIDAD			
92	BARRA CONEXIÓN DENTADA 190 MM	UNIDAD			
93	CLIPS DE TITANIO PARA COSTILLA 3 D DE 6 SEGMENTOS	UNIDAD			
94	CLIPS DE TITANIO PARA COSTILLA 3 D DE 9 SEGMENTOS	UNIDAD			
95	BARRAS DE CONEXIÓN DE TITANIO COMPLETAMENTE DENTADA 190 MM	UNIDAD			
96	SISTEMA PARA PECTUS EXCAVATUM Y CARINATUM	NA			
97	BARRAS DE 7MM A 17 MM	UNIDAD			
98	ESTABILIZADORES DE BARRA CARINATUM / EXCABATUM	UNIDAD			

* EL OFERENTE DEBERA COTIZAR TODOS Y CADA UNO DE LOS SISTEMAS

* 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.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y NIT DE LA COMPAÑÍA

 ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05				
		VERSIÓN : 5				
		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018				
Fecha de Solicitud D/M/A: 02/04/2019		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 PERFIL O JENNY MARCELA MUNOZ CUERVO / PROFESIONAL ESPECIALIZADO				
OBJETO A CONTRATAR						
SE REQUIERE CONTRATAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX 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 MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TORAX DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS						
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación
1	OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	SISTEMA	A DEMANDA		
2	CIRUGÍA DE TORAX	1	SISTEMA	A DEMANDA		
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☒ 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 tecnovigilancia, 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 DISTRIBUCIÓN 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 ☐		
 ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS SOLICITADOS. 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN 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.						

96-04-19-600
 58640
 5.04.19
 4 pm

ESPECÍFICAS:

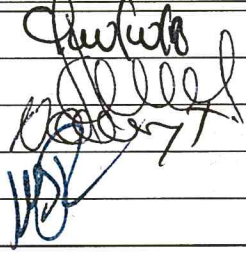
1. MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: Contar con brocas, tarrajas, instrumental para la fijación del material de osteosíntesis, motores disponibles en sistemas neumáticos, eléctricos o de batería con torque, potencia, diseño ergonómico, tamaño de acuerdo al procedimiento quirúrgico a realizarse, los cuales deberán 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 después 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 garantizando 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 reprogramación lo asumirá el proveedor.
16. Apoyo técnico en los casos técnicos de no conformidad.
17. Para facturación se debe cumplir con las fechas establecidas por la subred con la aprobación del almacén 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 deberá responder por la ejecución del contrato en valor y tiempo.

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN 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 término.
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:			

	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)							
		4 ALTA	3 MEDIA ALTA	2 MEDIA BAJA	1 BAJA	4 ALTA	3 MEDIA ALTA	2 MEDIA BAJA	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 - GESTIONARLO	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			2				3		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	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 refinanciaciones entre otros			2				3		5	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 previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros				1					2	BAJA - GESTIONARLO	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	estrellizulion.suba@subrednorte.gov.co
Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
Fecha Elaboración d/m/a	02/04/2019

OTORRINOLARINGOLOGIA Y TORAX

		TUBOS DE VENTILACION/ PROTESIS OTORRINOLARINGOLOGIA / SISTEMA SHAIVER	
1		TUBO DE VENT. TIPO SHERPARD 2,2MM CON COLA FLUOROPLASTIA	UNIDAD
2		TUBO DE VENT. TIPO SHERPARD 2,2MM SIN COLA FLUOROPLASTIA	UNIDAD
3		TUBO DE VENT. TIPO SHERPARD 2.4MM SILICONA	UNIDAD
4		TUBO DE VENTILACION TIPO ARMSTRONG 3.8MM FLUOROPLASTIA	UNIDAD
5		TUBO DE VENTILACION TIPO COLAR BUTTON FLUOROPLASTIA	UNIDAD
6		TUBO DE VENTILACION TIPO DONALDSON 2.2MM SILICONA	UNIDAD
7		TUBO DE VENTILACION TIPO ARMSTRONG 3,7MM SILICONA	UNIDAD
8		TUBO DE VENTILACION TIPO DONALDSON 2.2MM FLUOROPLASTIA	UNIDAD
9		TUBO DE VENTILACION TIPO PAPARELA 2.2MM SILICONA	UNIDAD
10		TUBO DE VENTILACION EN T 6MM Y 7.5 MM SILICONA	UNIDAD
11		PROTESIS DE RECONSTRUCCION DE CADENA OCULAR TOTAL	UNIDAD
12		PROTESIS DE RECONSTRUCCION DE CADENA OCULAR PARCIAL	UNIDAD
13		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4 mm x 3,5mm	UNIDAD
14		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4 mm x 3,75mm	UNIDAD
15		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.0mm	UNIDAD
16		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.25mm	UNIDAD
17		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.5mm	UNIDAD
18		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 4.75mm	UNIDAD
19		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 5.0mm	UNIDAD
20		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4m x 5.25mm	UNIDAD
21		PROTESIS DE K PISTON DE 0,4mm x 5.5mm	UNIDAD
22		Protesis nitibond 0.4X3.5 mm	UNIDAD
23		Protesis nitibond 0.4X3.75 mm	UNIDAD
24		Protesis nitibond 0.4X4.0 mm	UNIDAD
25		Protesis nitibond 0.4X4.25 mm	UNIDAD
26		Protesis nitibond 0.4X4.50 mm	UNIDAD
27		Protesis nitibond 0.4X4.75 mm	UNIDAD
28		Protesis nitibond 0.4X5.0 mm	UNIDAD
29		Protesis nitibond 0.4X5.50 mm	UNIDAD
30		Protesis nitibond 0.6X3.5 mm	UNIDAD
31		Protesis nitibond 0.6X3.75 mm	UNIDAD
32		Protesis nitibond 0.6X4.0 mm	UNIDAD
33		Protesis nitibond 0.6X4.25 mm	UNIDAD
34		Protesis nitibond 0.6X4.50 mm	UNIDAD
35		Protesis nitibond 0.6X4.75 mm	UNIDAD
36		Protesis nitibond 0.6X5.0 mm	UNIDAD
37		Protesis nitibond 0.6X5.50 mm	UNIDAD
38		Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX5,25 mm	UNIDAD

TUBOS DE VENTILACION /

39	PROTESIS OTORRINOLARINGOLOGIA / SISTEMA SHAIVER	Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX5,50 mm	UNIDAD
40		Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX5,75 mm	UNIDAD
41		Prótesis de Clip Pistón MVP de 0,6mmX6,0 mm	UNIDAD
42		Prótesis de MRP malleus	UNIDAD
43		Prótesis de MNP parcial malleus de 2.5mm	UNIDAD
44		Prótesis de MNP parcial malleus de 2.75mm	UNIDAD
45		Prótesis de MNP parcial malleus de 3.0mm	UNIDAD
46		Prótesis de MNP parcial malleus de 3.25mm	UNIDAD
47		Prótesis de MNP parcial malleus de 3.5mm	UNIDAD
48		Prótesis de MNP total malleus de 4.0mm	UNIDAD
49		Prótesis de MNP total malleus de 4.25mm	UNIDAD
50		Prótesis de MNP total malleus de 4.50mm	UNIDAD
51		Prótesis de MNP total malleus de 4.75mm	UNIDAD
52		Prótesis de MNP total malleus de 5.0mm	UNIDAD
53		Prótesis de MNP total malleus de 5.25mm	UNIDAD
54		Prótesis de MNP total malleus de 5.50mm	UNIDAD
55		Prótesis de MNP total malleus de 6.0mm	UNIDAD
56		Prótesis de MNP total malleus de 6.50mm	UNIDAD
57		Prótesis de MNP total malleus de 7.0mm	UNIDAD
58		laser Diodo	UNIDAD
59		Laser Trublue	UNIDAD
60		SET SISTEMA SHAVER - OTORRINOLARINGOLOGIA	SET
61		SET DE CUCHILLAS SISTEMA SHAVER	SET
62		CUCHILLAS RECTAS Ø 3.0mm, CERRADAS DOBLE, ESTERIL	UNIDAD
63		CUCHILLAS RECTAS Ø 3.5mm, CERRADAS DOBLE, ESTERIL	UNIDAD
64		CUCHILLAS RECTAS Ø 4mm, CERRADAS DOBLE, ESTERIL	UNIDAD
65		CUCHILLAS ANGULADAS 40°, Ø 3mm, SERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
66		CUCHILLAS ANGULADAS 15°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
67		CUCHILLAS ANGULADAS 15°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONVEXA, ESTERIL	UNIDAD
68		CUCHILLAS ADENOIDE 40°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONVEXA, ESTERIL	UNIDAD
69		CUCHILLAS ANGULADAS 60°, Ø 3mm, CERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
70		CUCHILLAS ANGULADAS 60°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
71		CUCHILLAS ANGULADAS 60°, Ø 4mm, SERRADAS DOBLE, CONVEXA, ESTERIL	UNIDAD
72		CUCHILLAS RECTAS, FRESA CILINDRICA PROTEGIDA, Ø 3.0mm, ESTERIL	UNIDAD
73		CUCHILLAS ANGULADAS 15°, FRESA BOLA PARA DCR, Ø 3.0mm, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
74		CUCHILLAS ANGULADAS 60°, FRESA CILINDRICA PROTEGIDA, Ø 3.0mm, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
75		CUCHILLAS ANGULADAS 15°, FRESA DIAMANTE PARA DCR, Ø 3.0mm, CONCAVA, ESTERIL	UNIDAD
76		CUCHILLA LARINGE, DIAMETRO Ø 3.5mm, 22cm ESTERIL	UNIDAD
77		CUCHILLA LARINGE, DIAMETRO Ø 3.5mm, 27cm ESTERIL	UNIDAD
78		SISTEMA DE FRESADO PARA OTOLOGIA INCLUYE SET DE FRESAS	UNIDAD
79		FRESA ACERO LONGITUD 70MM . DIAM .1.8 MM (MOTOR DE FRESADO)	SET
80		SISTEMA DE FIJACION DE TORAX	UNIDAD
81		PECTUS PLACA DE ESTABILIZACION DE 406MM	UNIDAD

82		PECTUS PLACA DE ESTABILIZACION DE 432MM	UNIDAD
83		CLIPS COSTALES EN TITANIO 22,5 ° IZQUIERDO XL	UNIDAD
84		CLIPS COSTALES EN TITANIO DE 22,5 ° DERECHO XL	UNIDAD
85		CLIPS COSTALES EN TITANIO DE 45 ° IZQUIERDO XL	UNIDAD
86		CLIPS COSTALES EN TITANIO 45° DERECHO XL	UNIDAD
87		BARRA DE CONEXIÓN DENTADAS 150 MM	UNIDAD
88		BARRA DE CONEXIÓN DENTADAS 190 MM	UNIDAD
89		BARRA DE CONEXIÓN DENTADAS 230 MM	UNIDAD
90		CLIPS EN TITANIO PARA COSTILLA LARGO STANDARD	UNIDAD
91		CLIPS EN TITANIO PARA COSTILLA LARGO XL	UNIDAD
92		BARRA CONEXIÓN DENTADA 190 MM	UNIDAD
93		CLIPS DE TITANIO PARA COSTILLA 3 D DE 6 SEGMENTOS	UNIDAD
94		CLIPS DE TITANIO PARA COSTILLA 3 D DE 9 SEGMENTOS	UNIDAD
95		BARRAS DE CONEXIÓN DE TITANIO COMPLETAMENTE DENTADA 190 MM	UNIDAD
96		SISTEMA PARA PECTUS EXCAVATUM Y CARINATUM	NA
97		BARRAS DE 7MM A 17 MM	UNIDAD
98		ESTABILIZADORES DE BARRA CARINATUM / EXCABATUM	UNIDAD

TORAX

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Abril 9 De 2019

CDP. No.

749

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232010201020000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201020102

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 3,682,969,331.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 6,007,657,747.00

SALDO DE APROPIACIÓN : 9,690,627,078.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,

EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,

PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS PARA OTORRINO Y CIRUGIA
DE TORAX

POR UN VALOR INICIAL DE : 33,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 33,000,000.00

TREINTA Y TRES MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 3,682,969,331.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 5,974,657,747.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (267) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

