| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INVITACIÓN A COTIZAR | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 063-2020 S.NTE**

| | |
|---|---|
| **OBJETO A CONTRATAR** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E, |

**ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO**

| Item | Nombre / Descripción | Unidad de medida | Cantidad | Consumo Promedio Mensual | Especificación Técnica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EQUIPO DE MACROGOTEO | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 2 | GUANTE CIRUGIA NO 6.5 ESTERIL SIN TALCO | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 3 | GUANTE CIRUGIA NO 7.5 ESTERIL SIN TALCO | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 4 | EQUIPO DE MICROGOTEO PARA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 5 | JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 5 ML | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 6 | CANULA DE GUEDEL No. 000 | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 7 | GASA PRECORTADA NO ESTERIL NO TEJIDA 8 PLIEGUES 7.5 X 7.5CM | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 8 | GUANTE CIRUGIA NO 8.0 ESTERIL SIN TALCO | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 9 | INHALOCAMARA ADULTO CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 10 | INHALOCAMARA PEDIATRICA CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 11 | JERINGA 27 G X1 1/2 | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 12 | JERINGA DES 3 ML 3P C/A 21 G X 1 1/2 | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 13 | JERINGA DESECHABLE 3 ML AGUJA 23G *1 | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |
| 14 | JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 50 ML | Unidad | 1 | A DEMANDA | | |

**CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN**

| | |
|---|---|
| **PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN** | 31/03/2020 |
| **OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR** | 01/04/2020 HASTA LAS 3:00P.M<br>UNICAMENTE PLATAFORMA SECOP II |
| **RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR** | 2/04/2020 |
| **C[illegible]E Y ENTREGA DE PROPUESTAS** | Fecha: 03/04/2020<br>Hora: Hasta las 3:00 P.M.<br>Por la Plataforma SECOP II |
| **APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS** | Fecha: 03/04/2020<br>Hora: 3:10 P.M<br>Por la Plataforma SECOP II |
| **EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS** | ENTRE EL 03/04/2020 y 06/04/2020 |
| **PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES** | 7/04/2020 |
| **SUBSANACION Y OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES** | 08/04/2020 Hasta las 1:00 PM. |
| **RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES** | 13/04/2020 |
| **FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA** | DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS. |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INVITACIÓN A COTIZAR | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 063-2020 S.NTE**

| | |
|---|---|
| **OBJETO A CONTRATAR** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E, |

**DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE**

**JURÍDICOS:**

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA **(MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES **(MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN **(MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)
5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT
6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT
7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%
8. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL)
9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
13. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.
14. CERTIFICACIÓN BANCARIA

**SARLAFT**

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

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

**TÉCNICOS:**

1. SE DEBERA GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO INVIMA, EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DIAS DEBERA PRESENTARSE EL TRAMITE DE RENOVACION DEL MISMO.
2. LOS FABRICANTES DE DISPOSITIVOS MEDICOS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE.
3. SE DEBERAN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS QUE PERMITAN VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ACORDE CON SU NATURALEZA, CCAA O VISITA CON CONCEPTO HIGIENICO SANITARIO FAVORABLE POR LA ENTIDAD REGULADORA
4. PARA DISTRIBUIDORES DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.
5. SE DEBERA PRESENTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION A LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA

**ECONÓMICOS:**

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

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

| | |
|---|---|
| **Jurídicos** | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. |
| **Sarlaft** | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. |
| **Técnicos** | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO. |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INVITACIÓN A COTIZAR | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 063-2020 S.NTE**

| | |
|---|---|
| **OBJETO A CONTRATAR** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E, |
| **Económicos** | 1.SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO, QUE COTICE EL 100% DE LOS ITEMS Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT Y TÉCNICOS.<br>2.SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN A LA INVITACIÓN. |
| **Criterios de Desempate** | EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN:<br>1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ.<br>2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA. |

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Valor** | CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($40.000.000) | **No.** | 555 |
| **Rubro Presupuestal** | MATERIAL MEDICOS-QUIRÚRGICO | **Fecha del CDP** | 29/02/2020 |

**CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO**

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

**FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **Sitio de entrega** | EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |

| | |
|---|---|
| **Garantías de exigibilidad** | **A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES:** EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.<br><br>**B) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.<br><br>**C) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS. |
| | **GENERALES:**<br><br>1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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. |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INVITACIÓN A COTIZAR | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 063-2020 S.NTE**

| | |
|---|---|
| **OBJETO A CONTRATAR** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E, |

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, PERMITIR A LA E,S,E REALIZAR AUDITORÍA TÉCNICA A SUS INSTALACIONES CON EL FIN DE VERIFICAR LA EFICIENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL HALLAZGO POR PARTE DEL EQUIPO DE AUDITORIA DE UNA NO CONFORMIDAD EN EL ALMACENAMIENTO, DISPOSICIÓN, PRESENTACIÓN, VENCIMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL DISPOSITIVO O LA OCURRENCIA DE UN EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE CON QUIEN SE UTILIZA EL DISPOSITIVO O INSUMOS, SERÁ MOTIVO DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE, QUIEN TOMARÁ LAS DECISIONES SEGÚN CORRESPONDA EN CADA CASO.

2, REALIZAR LA ENTREGA DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS EN LA FECHA, LUGAR, Y HORA REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

3, CUMPLIR CON EL SUMINISTRO OPORTUNO Y COMPLETO DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, CON LA CALIDAD Y LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.

4, REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS CUANDO LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD, REFERENCIA, PRESENTACIÓN Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO O CUANDO SE ENCUENTRE DEFECTUOSO, EL CAMBIO DEBE REALIZARSE DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA NOVEDAD.

5, ASUMIR DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL LA GARANTÍA Y EL REMPLAZO A SUS EXPENSAS, SIN COSTO ALGUNO PARA LAS E,S,E, DE LOS DISPOSITIVOS INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE RESULTEN CON FALLAS DE CALIDAD O CON DEFECTOS DE FÁBRICA.

6, ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

7, GARANTIZAR LA ENTREGA DE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, FACILITANDO EL ACCESO A SUS INSTALACIONES Y VEHÍCULOS PARA EFECTUAR LAS PRUEBAS O VERIFICACIONES QUE SEAN DEL CASO, GARANTIZAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y VIGILANCIA CONTRACTUAL QUE EJERZA LA E,S,E, A TRAVÉS DEL PERSONAL IDÓNEO QUE ESTE DESIGNE.

8, ENTREGAR LOS PRODUCTOS OFRECIDOS EN SU PROPUESTA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTE A LA ENTREGA DEL CUADRO DE DISTRIBUCIÓN PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO, Y EN TODAS LAS DISTRIBUCIONES ORDENADAS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE Y NORTE E.S.E.

9, ASUMIR LOS GASTOS DE TRANSPORTE, EMBALAJE Y LOGÍSTICA REQUERIDOS PARA REALIZAR LA ENTREGA DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS EN EL LUGAR QUE SOLICITE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

10, REALIZAR LA ENTREGA EN EL EMBALAJE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE PRODUCTO Y RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE, ENTREGAR DOCUMENTO QUE PERMITA ESTABLECER EL CUMPLIMIENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA QUE INCLUYA, DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO, CANTIDAD, UNIDAD DE MEDIDA, LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO Y NUMERO DEL REGISTRO SANITARIO.

11, INFORMAR EL CAMBIO DE REGISTRO SANITARIO EN CASO DE VENCIMIENTO DEL MISMO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

12, ATENDER CON UN TIEMPO MÁXIMO DE 24 HORAS, LAS SOLICITUDES EVENTUALES O IMPREVISTOS QUE LO REQUIERA.

13, SUMINISTRAR LAS FICHAS TÉCNICAS Y LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LAS E,S,E, (NO SE ACEPTARÁN OFERTAS DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE NO POSEAN REGISTRO SANITARIO O QUE TENGAN REGISTRO VENCIDO.)

14, GARANTIZAR EL ADECUADO ALMACENAMIENTO, DISPOSICIÓN, CONSERVACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS SOLICITADOS, SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y QUE DISPONE DE UN SITIO ADECUADO PARA ATENDER LAS SOLICITUDES DE PEDIDOS Y CONSERVACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

15, CAMBIAR LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE ESTÉN PRÓXIMOS A VENCERSE, YA SEA POR EL MISMO PRODUCTO O POR EL QUE LAS E,S,E, REQUIERAN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, PARA LO ANTERIOR, SE DARÁ AVISO CON UNA ANTELACIÓN DE MÍNIMO TRES (3) MESES.

16, ENTREGAR DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE FUERON OFERTADOS CON LAS MISMAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS RELACIONADAS EN LA OFERTA; EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA MODIFICACIÓN SE DEBERÁ INFORMAR POR ESCRITO, CON LA RESPECTIVA JUSTIFICACIÓN AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS TÉCNICOS SOLICITADOS.

17, INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN O IRREGULARIDAD QUE AFECTE EL NORMAL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

18, PRESENTAR UN LISTADO DE LA(S) BODEGA(S) DE LAS CUALES VAYA A DISTRIBUIR DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS A LA E,S,E, ESTE LISTADO CONTENDRÁ: DIRECCIÓN, TELÉFONO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN

19, PRESENTAR CARTA DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETE A RECIBIR Y CAMBIAR DE FORMA INMEDIATA LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE DE FORMA EVENTUAL O ESPORÁDICA SEAN RECIBIDOS POR PARTE DE LA E,S,E,, CON UNA FECHA DE VENCIMIENTO INFERIOR A LA REQUERIDA EN LOS PLIEGOS, O QUE PRESENTEN DEFECTOS EN SU EMPAQUE PRIMARIO Y SECUNDARIO.

20, EXONERAR A LA E,S,E DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL, PENAL, COMERCIAL Y CONTRACTUAL POR LAS FALLAS QUE PRESENTE EL CONTRATISTA EN EL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INVITACIÓN A COTIZAR | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 063-2020 S.NTE**

| | |
|---|---|
| **OBJETO A CONTRATAR** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E, |

21, LA ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS A QUE SE REFIERE ESTE CONTRATO SERÁ REALIZADA POR EL CONTRATISTA, A TRAVÉS DE SU PERSONAL, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, FINANCIERA, CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA, QUEDA EXPRESAMENTE CONSIGNADO QUE EL PRESENTE CONTRATO NO GENERA VINCULO NI RELACIÓN LABORAL ALGUNA ENTRE LAS PARTES CONTRATANTES.

22, EN CASO DE REQUERIMIENTOS O DEMANDAS QUE POR ALGÚN TIPO DE AFECTACIÓN A LA VIDA O A LA SALUD DE LOS PACIENTES O PERSONAL DE SALUD, EL CONTRATISTA DEBERÁ RESPONDER POR SUS ACCIONES Y OMISIONES, AL IGUAL QUE POR LAS SECUELAS QUE SE GENEREN PRODUCTO DE UN MEDICAMENTO ENTREGADO A LA E.S.E.

23, EL CONTRATISTA ESTABLECERÁ MECANISMOS QUE LE PERMITAN RECIBIR Y RESPONDER LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DEL CONTRATO Y ESTABLECERÁ LAS MEDIDAS CORRECTIVAS PERTINENTES.

24, SI DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD O EL INVIMA REVOCA LA CERTIFICACIÓN PARA DISTRIBUIR EL INSUMO, EL CONTRATISTA DEBERÁ REPORTARLO POR ESCRITO A LA E,S,E,, EN UN TÉRMINO MÁXIMO DE TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RADICACIÓN DE LA NOVEDAD POR PARTE DEL ENTE TERRITORIAL

25, CUMPLIR CON LA AFILIACIÓN Y PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES 100 DE 1993, 789 DE 2002, DECRETOS 2170 DE 2002 Y 1703 DE 2002, DEL PERSONAL QUE PRESTARÁ EL SERVICIO EN DESARROLLO DEL CONTRATO SUSCRITO EN LOS MONTOS SEÑALADOS POR LA LEY, ENTREGANDO COPIA DE LOS SOPORTES ADJUNTO CON LA FACTURA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

26, PRESENTAR LA CARTA DE COMERCIALIZACIÓN VIGENTE.

27, GARANTIZAR LA CALIDAD Y LA DISPONIBILIDAD DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE CORRESPONDEN AL LISTADO DEL ANEXO 9 Y AQUELLOS QUE LA MODIFIQUEN EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO, INCLUIDOS AQUELLOS QUE REQUIEREN ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL O SON DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LO QUE RESPECTA A REGISTRO SANITARIO DEL INVIMA Y LAS MODIFICACIONES QUE SE PRESENTEN SERÁN INFORMADAS AL CONTRATISTA, QUIEN ACEPTARÁ AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS LISTADOS DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS SI ESTA SITUACIÓN LLEGA A DARSE DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

28, EL CONTRATISTA REALIZARÁ DIRECTAMENTE LA ENTREGA DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS A LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LAS UNIDADES QUE CONFORMAN LAS SUBREDES EN CASO QUE ASÍ SE REQUIERA, DE ACUERDO AL PEDIDO CONSOLIDADO Y AUTORIZADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

29, GARANTIZAR QUE DISPONE DE UN SITIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O CUNDINAMARCA PARA ATENDER LAS SOLICITUDES DE PEDIDOS, LA CONSERVACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS Y ADICIONALMENTE QUE CUENTA CON LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

30, LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS ENTREGADOS, DEBERÁN CORRESPONDER EN CARACTERÍSTICAS, PRECIO Y CALIDAD A LOS INICIALMENTE OFERTADOS Y APROBADOS EN EL CONTRATO.

31, MANTENER LAS REFERENCIAS, PRESENTACIÓN Y LABORATORIO DE LOS PRODUCTOS QUE ENTREGUE DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

32, LOS ELEMENTOS DEBERÁN SER DE BUENA CALIDAD Y DEBERÁN AJUSTARSE A LOS REQUISITOS MÍNIMOS NECESARIOS PREVISTOS EN LAS NORMAS TÉCNICAS OBLIGATORIAS NACIONALES O EXTRANJERAS SEGÚN EL CASO.

33, FACTURAR LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS SUMINISTRADOS, ANEXANDO EL DOCUMENTO DE ENTREGA A LA RESPECTIVA FARMACIA Y/O ALMACÉN EL CUAL DEBERÁ TENER NÚMERO DE CONTRATO, UNIDAD EN LA QUE SE ENTREGA, LA FIRMA Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE, ESTE DOCUMENTO DEBERÁ TENER ADEMÁS LOS SIGUIENTES REQUISITOS: FECHA, HORA, FARMACIA Y/O ALMACÉN, CANTIDAD Y DESCRIPCIÓN DE CADA ÍTEM CON REGISTRO SANITARIO, LOTE DE FABRICACIÓN Y FECHA DE VENCIMIENTO Y EN CASO TAL SEAN ENTREGADOS CON MENOS DEL 75% DE VIDA ÚTIL DE LOS DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA SE DEBE ANEXAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO.

34, LA RESPECTIVA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEBERÁ SER RADICADA EN EL ALMACÉN DE LA UNIDAD QUE INDIQUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO O CONFORME AL PROCEDIMIENTO INTERNO DE CADA SUBRED LA CUAL SE ACORDARÁ CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

35, EL CONTRATISTA DARÁ CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE JULIO 10 DE 2003.

36, EL CONTRATISTA DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL TENDRÁ EN CUENTA LAS NORMAS RELATIVAS A LA POLÍTICA AMBIENTAL Y A LA LEGISLACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL DE CADA SUBRED.

37, DAR CUMPLIMIENTO A POLÍTICA AMBIENTAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE Y NORTE ESE.

38, DAR CUMPLIMIENTO A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN EL PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL, LOS PLANES DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE CADA SEDE, PLANES DE GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS - PGIRESPEL DE CADA SEDE Y PLANES DE ACCIÓN INTERNO PARA EL APROVECHAMIENTO DE LOS RESIDUOS DE CADA SEDE; Y TODOS LOS PROPONENTES DEBEN ANEXAR UNA CARTA DE CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2676/00 Y RESOLUCIÓN 1164/02 DEL MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE, SOBRE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, QUE PERMITA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS SOBRE LAS INSTALACIONES Y DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE LA ESE QUE LO REQUIERA.

39, OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EVITANDO TODO TIPO DE DILACIONES O ENTRABAMIENTOS QUE PUDIERAN PRESENTARSE.

40, LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DEL OBJETO DEL CONTRATO O POR REQUERIMIENTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

**ACLARACIONES**

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INVITACIÓN A COTIZAR | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 063-2020 S.NTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO A CONTRATAR** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E, | | |
| | EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO. | | |
| | FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES:<br>ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.<br>ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES.<br>ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.<br>ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA<br>ANEXO 5: ECONÓMICO | | |
| **APROBACIÓN** | | | |
| **Firmas** | **Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:** | KAREN DANIELA BARACALDO VARGAS | Karen Baracaldo |
| | **Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:** | LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA | |
| | **Nombre y Firma Dirección de Contratación:** | DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS | |
| | **Nombre y Firma Subgerente Corporativo:** | DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS ( E ) | |
| | **Nombre y Firma Gerente:** | DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ | |

**ANEXO No. 1**
**CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA**

Bogotá (fecha)

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
comprasrednorte6@gmail.com
CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras
Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

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

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

Nombre del Proponente:
Representante Legal:
Firma del Representante Legal o quien haga sus veces_____

**ANEXO NO. 2**
**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES**

Bogotá (fecha)

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

_____
FIRMA
Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de
Ciudad y Fecha_____

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

## ANEXO 3
## COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

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

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

| CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | |
|---|---|

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

**1. CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)**

ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

**2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA**

| RAZÓN SOCIAL | | NIT | |
|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
| | | | |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ | CEDULA DE CIUDADANÍA ☐ | NUMERO: | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) |

| FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO | DEPARTAMENTO | NACIONALIDAD (1) | NACIONALIDAD (2) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL | PAÍS | DEPARTAMENTO | CIUDAD | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| | |

| DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA | DEPARTAMENTO/ CIUDAD | PAÍS | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)**

PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐

SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____

| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE | SI ☐ NO ☐ | RENTA/CREE | SI ☐ NO ☐ | IVA | SI ☐ NO ☐ | ICA | SI ☐ NO ☐ | CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | PRINCIPAL ☐ | SECUNDARIA ☐ |
| GRAN CONTRIBUYENTE | SI ☐ NO ☐ | AGENTE RETENEDOR | SI ☐ NO ☐ | | | | | AGENTE AUTORETENEDOR | SI ☐ NO ☐ |

**3. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)**

| | | |
|---|---|---|
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS | SI ☐ | NO ☐ |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO | SI ☐ | NO ☐ |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL | SI ☐ | NO ☐ |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA | SI ☐ | NO ☐ |

**Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:**

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

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

**4. INFORMACIÓN FINANCIERA (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: | | | |

**5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐

PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cual: _____

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

**6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

**1.** Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):_____

_____

**2.** Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

**3.** La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

**4.** Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

**5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

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

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

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

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

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

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

## 7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**1.** Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.

**2.** Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

**3.** Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

**4.** Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

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

**APODERADO**

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

## 8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo 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 mi.

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

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

**9. FIRMA Y HUELLA**

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

**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Índice Derecho**

**10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

| | |
|---|---|
| **1. Ciudad y fecha** | |
| **2. Nombre y Cargo de quien verifica:** | |
| **3. Lugar de la Entrevista:** | |
| **4. Observaciones:** | |
| **5. Firma y Cédula** | |

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

ANEXO No 05 PROPUESTA ECONÓMICA INVITACIÓN A COTIZAR No 063-2020 SNTE

NOMBRE DE LA EMPRESA:
NIT:

| Item | Nombre / Descripción | Cantidad | Unidad de Medida | V/R Unitario | IVA | V/R Total Unitario |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EQUIPO DE MACROGOTEO | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 2 | GUANTE CIRUGIA NO 6.5 ESTERIL SIN TALCO | A Demanda | Par | | - | - |
| 3 | GUANTE CIRUGIA NO 7.5 ESTERIL SIN TALCO | A Demanda | Par | | - | - |
| 4 | EQUIPO DE MICROGOTEO PARA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 5 | JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 5 ML | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 6 | CANULA DE GUEDEL No. 000 | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 7 | GASA PRECORTADA NO ESTERIL NO TEJIDA 8 PLIEGUES 7.5 X 7.5CM | A Demanda | Paquete x 200 | | - | - |
| 8 | GUANTE CIRUGIA NO 8.0 ESTERIL SIN TALCO | A Demanda | Par | | - | - |
| 9 | INHALOCAMARA ADULTO CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 10 | INHALOCAMARA PEDIATRICA CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 11 | JERINGA 27 G X1 1/2 | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 12 | JERINGA DES 3 ML 3P C/A 21 G X 1 1/2 | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 13 | JERINGA DESECHABLE 3 ML AGUJA 23G *1 | A Demanda | Unidad | | - | - |
| 14 | JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 50 ML | A Demanda | Unidad | | - | - |
| | | TOTAL VALOR UNITARIO | | | | - |

**FAVOR COTIZAR SEGÚN LA UNIDAD DE MEDIDA INDICADA EN EL PRESENTE ANEXO**

NOTA: EL VALOR DE LA PROPUESTA NO PODRA SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO

NOTA: TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL ANEXO Y EN LA PREGUNTA DE LISTA DE PRECIOS DEL SECOP II DEBE COINCIDIR.

**Nombre:** _____

**Firma** _____

**Representante Legal**

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS | CÓDIGO : AP-CT-F-01-05 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 5 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 2 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

| Fecha de Solicitud D/M/A | | Fecha de Recibido D/M/A | |
|---|---|---|---|

| DATOS DEL SOLICITANTE | | |
|---|---|---|
| Nombre del Solicitante: | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ | |
| Proceso: | DIRECCION ADMINISTRATIVA | |
| Correo Electrónico y teléfono | contratosmdtosymdqx@subrednorte.gov.co cel-3003238050 | |
| PAA( X ) PROYECTO ( ) | SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO | DIRECCION ADMINISTRATIVA |

**OBJETO A CONTRATAR**

SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E,

**JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR**

La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. Es asi como en Colombia dentro del texto de la constitucion politica señala en el "Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".

Principio fundamental que busca cumplirse a traves de la expedicion de la Ley 100 de 1993 con el articulo 195 con la creacion de las empresas sociales del Estado, como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, quienes a traves de un regimen de contratacion de derecho privado, hace que con mayor agilidad puedar dar cumplimiento a las satisfaccion de las necesidades de toda una poblacion bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantia al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacia de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.

Se realiza esta solicitud a fin de dar cumplimiento a las necesidades terapeuticas para garantizar la vida y atencion de los pacientes atendidos en cada una de las sedes asistenciales de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,

**DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR**

MATERIAL MEDICOQUIRURGICO RESULTADO DE LA OPCION 1 DE LOS RESULTADOS DE ADJUDICACION DE NEGOCIACION CONJUNTA 01 DE 2019 SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD **SUR OCCIDENTE E. S. E. NORTE E.S.E.**

| No ITEM NEGOCIACIÓN CONJUNTA 001-2019 CP | Nombre / Descripción | Cantidad | Unidad de medida | Promedio consumo mensual | Especificación Técnica | Observación | *PAA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1243 | EQUIPO DE MACROGOTEO | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1245 | GUANTE CIRUGIA NO 6.5 ESTERIL SIN TALCO | 1 | PAR | A DEMANDA | | | |
| 1247 | GUANTE CIRUGIA NO 7.5 ESTERIL SIN TALCO | 1 | PAR | A DEMANDA | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1244 | EQUIPO DE MICROGOTEO PARA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1248 | JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 5 ML | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1258 | CANULA DE GUEDEL No. 000 | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1251 | GASA PRECORTADA NO ESTERIL NO TEJIDA 8 PLIEGUES 7.5 X 7.5CM | 1 | PAQUETE * 200 | A DEMANDA | | | |
| 1259 | GUANTE CIRUGIA NO 8.0 ESTERIL SIN TALCO | 1 | PAR | A DEMANDA | | | |
| 1249 | INHALOCAMARA ADULTO CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1250 | INHALOCAMARA PEDIATRICA CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1254 | JERINGA 27 G X1 1/2 | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1255 | JERINGA DES 3 ML 3P C/A 21 G X 1 1/2 | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1256 | JERINGA DESECHABLE 3 ML AGUJA 23G *1 | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |
| 1257 | JERINGA DESECHABLE DE 3 PARTES 50 ML | 1 | UNIDAD | A DEMANDA | | | |

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI_X___ NO____ RESOLUCION DE ADJUDICACION NEGOCIACION CONJUNTA 1 DE 2019

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

LOS DESCRITOS EN LA Negociación conjunta No, 001-2019, SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S. E. NORTE E.S.E.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

| TÉCNICOS | ECONÓMICOS | OTROS | CUALES: |
|---|---|---|---|
| ~~TÉCNICOS~~ | ~~ECONÓMICOS~~ | | |

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA

| SI | NO |
|---|---|
| | ~~NO~~ |

GARANTIAS 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 ☐ |

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 ofrecidos en la oferta, en términos de calidad, precio, características especiales y disponibilidad, 4, Suscribir el contrato, el acta de inicio y entrega de la 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 protocolos, procesos y procedimientos institucionales, así como Contribuir con el mantenimiento y mejora del 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, desarrollando estrategias institucionales para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, 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, Es obligación del contratista conocer, divulgar y aplicar la política ambiental establecida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, 11, Las demás que se necesiten para el desarrollo y cumplimiento del objeto contractual,

ESPECÍFICAS: 1, Permitir a la E.S.E realizar auditoría técnica a sus instalaciones con el fin de verificar la eficiente ejecución del contrato, El hallazgo por parte del equipo de Auditoria de una no conformidad en el almacenamiento, disposición, presentación, vencimiento y conservación del dispositivo o la ocurrencia de un evento adverso en el paciente con quien se utiliza el dispositivo o insumos, será motivo de investigación por parte del Contratante, quien tomará las decisiones según corresponda en cada caso, 2, Realizar la entrega de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos en la fecha, lugar, y hora requeridas por el Supervisor del Contrato, 3, Cumplir con el suministro oportuno y completo de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos, con la calidad y las especificaciones técnicas requeridas, 4, Realizar los cambios que sean necesarios cuando los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que no cumplan con los criterios de calidad, referencia, presentación y condiciones técnicas requeridas por el supervisor del contrato o cuando se encuentre defectuoso, el cambio debe realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación de la novedad, 5, Asumir durante el periodo contractual la garantía y el remplazo a sus expensas, sin costo alguno para las E.S.E, de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que resulten con fallas de calidad o con defectos de fábrica, 6, Atender todos los requerimientos y solicitudes realizadas por el Supervisor del contrato, 7, Garantizar la entrega de toda la información que le sea solicitada en relación con la ejecución del contrato, facilitando el acceso a sus instalaciones y vehículos para efectuar las pruebas o verificaciones que sean del caso, Garantizar el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual que ejerza la E.S.E, a través del personal idóneo que este designe, 8, Entregar los productos ofrecidos en su propuesta, dentro de los tres (3) días calendario siguiente a la entrega del cuadro de distribución previa legalización del contrato, y en todas las distribuciones ordenadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y Norte E.S.E, 9, Asumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos en el lugar que solicite el supervisor del contrato, 10, Realizar la entrega en el embalaje correspondiente de acuerdo al tipo de producto y recomendaciones del fabricante, Entregar documento que permita establecer el cumplimiento de la recepción técnica que incluya, descripción del producto, cantidad, unidad de medida, lote, fecha de vencimiento y Numero del Registro Sanitario, 11, Informar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento del mismo durante la vigencia del contrato, 12, Atender con un tiempo máximo de 24 horas, las solicitudes eventuales o imprevistos que lo requiera, 13, Suministrar las fichas técnicas y los registros sanitarios de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos requeridos por las E.S.E, (No se aceptarán ofertas de Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que no posean registro sanitario o que tengan registro vencido,) 14, Garantizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos solicitados, según la normatividad vigente y que dispone de un sitio adecuado para atender las solicitudes de pedidos y conservación de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos solicitados por el supervisor del contrato, 15, Cambiar los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que estén próximos a vencerse, ya sea por el mismo producto o por el que las E.S.E, requieran de acuerdo a sus necesidades, Para lo anterior, se dará aviso con una antelación de mínimo tres (3) meses, 16, Entregar durante la ejecución del contrato los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que fueron ofertados con las mismas especificaciones técnicas relacionadas en la oferta; en caso de presentarse alguna modificación se deberá informar por escrito, con la respectiva justificación al supervisor del contrato, Para el cumplimiento con los requisitos técnicos solicitados, 17, Informar al supervisor del contrato sobre cualquier modificación o irregularidad que afecte el normal desarrollo del objeto contractual, 18, Presentar un listado de la(s) bodega(s) de las cuales vaya a distribuir Dispositivos e insumos medico quirúrgicos a la E.S.E, Este listado contendrá: Dirección, teléfono, persona de contacto y vehículos de distribución, 19, Presentar carta del representante legal en la cual se compromete a recibir y cambiar de forma inmediata los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que de forma eventual o esporádica sean recibidos por parte de la E.S.E,, con una fecha de vencimiento inferior a la requerida en los pliegos, O que presenten defectos en su empaque primario y secundario, 20, Exonerar a la E.S.E de toda responsabilidad civil, penal, comercial y contractual por las fallas que presente el contratista en el desarrollo de la ejecución del objeto contractual, 21, La adquisición de Dispositivos e insumos medico quirúrgicos a que se refiere este Contrato será realizada por el Contratista, a través de su personal, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, Queda expresamente consignado que el presente contrato no genera vinculo ni relación laboral alguna entre las partes contratantes, 22, En caso de requerimientos o demandas que por algún tipo de afectación a la vida o a la salud de los pacientes o personal de salud, el Contratista deberá responder por sus acciones y omisiones, al igual que por las secuelas que se generen producto de un medicamento entregado a la E.S.E, 23, El Contratista establecerá mecanismos que le permitan recibir y responder las sugerencias, quejas y reclamaciones que se presenten en desarrollo del contrato y establecerá las medidas correctivas pertinentes, 24, Si durante la ejecución del contrato la Secretaria Distrital de Salud o el INVIMA revoca la certificación para Distribuir el insumo, el Contratista deberá reportarlo por escrito a la E.S.E,, en un término máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la radicación de la novedad por parte del Ente Territorial, 25, Cumplir con la afiliación y pago de los aportes al sistema de seguridad social de conformidad con lo establecido en las leyes 100 de 1993, 789 de 2002, decretos 2170 de 2002 y 1703 de 2002, del personal que prestará el servicio en desarrollo del contrato suscrito en los montos señalados por la ley, entregando copia de los soportes adjunto con la factura al supervisor del contrato, 26, Mantener los precios durante la ejecución del contrato y un (1) año más, El cual se contará a partir del acta de adjudicación, 27,Presentar la carta de comercialización vigente, 28, Garantizar la calidad y la disponibilidad de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos que corresponden al listado del Anexo 9 y aquellos que la modifiquen en el desarrollo del contrato, incluidos aquellos que requieren algún tratamiento especial o son Dispositivos e insumos medico quirúrgicos y el cumplimiento de la normatividad vigente en lo que respecta a registro sanitario del INVIMA y Las modificaciones que se presenten serán informadas al contratista, quien aceptará ampliación o modificación de los listados de Dispositivos e

modificaciones que se presenten serán informadas al contratista, quien aceptará ampliación o modificación de los listados de Dispositivos e insumos medico quirúrgicos si esta situación llega a darse durante la ejecución del contrato, 29, El contratista realizará directamente la entrega de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos a los diferentes puntos de atención de las Unidades que conforman las Subredes en caso que así se requiera, de acuerdo al pedido consolidado y autorizado por el supervisor del contrato, 30, Garantizar que dispone de un sitio en la ciudad de Bogotá y/o Cundinamarca para atender las solicitudes de pedidos, la conservación de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos y adicionalmente que cuenta con la capacidad de almacenamiento y de respuesta a las solicitudes realizadas por el supervisor del contrato, 31, Los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos entregados, deberán corresponder en características, precio y calidad a los inicialmente ofertados y aprobados en el contrato, 32, Mantener las referencias, presentación y laboratorio de los productos que entregue durante la ejecución del contrato, 33, Los elementos deberán ser de buena calidad y deberán ajustarse a los requisitos mínimos necesarios previstos en las normas técnicas obligatorias nacionales o extranjeras según el caso, 34, Facturar los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos suministrados, anexando el documento de entrega a la respectiva farmacia y/o almacén el cual deberá tener número de contrato, unidad en la que se entrega, la firma y nombre de la persona que recibe, este documento deberá tener además los siguientes requisitos: fecha, hora, farmacia y/o almacén, cantidad y descripción de cada ítem con registro sanitario, lote de fabricación y fecha de vencimiento y en caso tal sean entregados con menos del 75% de vida útil de los Dispositivos e insumos medico quirúrgicos en el momento de la entrega se debe anexar carta de compromiso de cambio, 35, La respectiva factura o cuenta de cobro deberá ser radicada en el almacén de la Unidad que indique el supervisor del contrato o conforme al procedimiento interno de cada subred la cual se acordará con el supervisor del contrato, 36, El contratista dará cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Ley 828 de Julio 10 de 2003, 37, El contratista durante la ejecución contractual tendrá en cuenta las normas relativas a la política Ambiental y a la Legislación de Seguridad y Salud Ocupacional de cada subred, 38, Dar cumplimiento a Política Ambiental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y Norte ESE, 39, Dar cumplimiento a las directrices establecidas en el Plan Institucional de Gestión Ambiental, los Planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de cada sede, Planes de Gestión de Residuos Peligrosos - PGIRESPEL de cada sede y Planes de Acción Interno para el Aprovechamiento de los Residuos de cada sede; y todos los proponentes deben anexar una carta de cumplimiento del Decreto 2676/00 y Resolución 1164/02 del Ministerio de Medio Ambiente, sobre manejo de residuos hospitalarios, que permita la realización de auditorías sobre las instalaciones y documentación por parte de la ESE que lo requiera, 40, Obrar con lealtad y buena fe durante la ejecución del contrato, evitando todo tipo de dilaciones o entrabamientos que pudieran presentarse, 41, Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del objeto del contrato o por requerimiento del Supervisor del contrato,

| PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses) |
|---|
| 2 MESES |

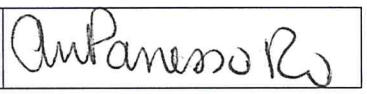
| CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA |
|---|
| 1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. 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 solicitan | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ | |
| | Firma del Director de la Oficina de Contratación : | LIDIA HEMILET CALA CELIS | |
| | Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud: | ALVARO DE JESUS GALVIS ( e ) | |
| | Nombre y Firma Gerente: | YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ | |

Observaciones:

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | ANÁLISIS DE RIESGOS | CÓDIGO : AP-CT-F-02-04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN : 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA : 12/06/2018 |

| TIPO DE RIESGO | TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR) | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA | | | | IMPACTO | | | | ESTIMACIÓN | ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN) | QUIÉN ASUME EL RIESGO | FORMA DE MITIGARLO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| | | ALTA | MEDIA ALTA | MEDIA BAJA | BAJA | ALTA | MEDIA ALTA | MEDIA BAJA | BAJA | | | | |
| Casilla de selección | Casilla de diligenciamiento | Casilla de selección (Escoja solo una) | | | | Casilla de selección (Escoja solo una) | | | | Generación automática | Generación automática | Generación automática | |
| ECONÓMICOS: | Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros | | | | | | | | | 0 | | | 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 politicas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato | | | | | | | | | 0 | | | Análisis de las politicas 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 | | | | 3 | | | 6 | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO | CONTRATANTE | Ejecución presupuestal supervisada |
| FINANCIERO: | Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidadez 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 | 4 | | | | 4 | | | | 8 | ALTO - MITIGARLO | CONTRATANTE Y CONTRATISTA | Respaldar 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, sequias, entre otros | | | | 1 | 4 | | | | 5 | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO | CONTRATANTE | Acatar las recomendaciones que emitan as 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 | 4 | | | | | | 2 | | 6 | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO | CONTRATANTE | 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. | | 3 | | | | 3 | | | 6 | MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO | CONTRATANTE | Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas |
| | | | | | | | | | | 0 | | | |
| | | | | | | | | | | 0 | | | |
| | | | | | | | | | | 0 | | | |

| ELABORADO POR | |
|---|---|
| Firma: |  |
| Nombre: | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ |
| Correo Electrónico | contratosmdtosymdqx@subrednorte.gov.co |
| Cargo: | Profesional especializado- Direccion administrativa |
| Fecha Elaboración d/m/a | lunes, 02 de marzo de 2020 |

# CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 29 De 2020 CDP. No. 555

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 3210201020000000000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020102
NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO

| | |
|---|---|
| SALDO DE DISPONIBILIDADES : | 695,028,320.00 |
| PRESUPUESTO DISPONIBLE : | 7,173,776,597.00 |
| SALDO DE APROPIACION : | 7,868,804,917.00 |

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:
SUMINISTRO INTEGRAL DE DISPOSITIVOS MEDICOS PARA L
A SUBRED NORTE ESE

| | |
|---|---|
| POR UN VALOR INICIAL DE : | 40,000,000.00 |
| CON UN VALOR REINTEGRADO DE : | .00 |
| PARA UN VALOR ACTUAL DE : | 40,000,000.00 |

CUARENTA 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: 695,028,320.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 7,133,776,597.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (307 ) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

p/p

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO