	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
---	--	---

INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
----------------------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	cavografía	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
2	arteriografías de miembros inferiores o superiores, renal, +aortograma toraxico o abdominal tarifa por cada extremidad	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
3	arteriografía de la arteria gastroduodenal, tronco celiaco o mesentérica superior o inferior	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
4	arteriografía de arterias carótidas o pan angiografía	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
5	arteriografía periférica de una extremidad inferior por punción + aortograma	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
6	arteriografía pélvica selectiva o supraselectiva	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
7	Arteriografía periférica de una extremidad superior	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
8	arteriografía pulmonar bilateral con cateterismo derecho	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
9	arteriografía pulmonar bilateral selectiva	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
10	flebografía de miembros inferiores o superiores (tarifa por cada extremidad)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
11	oclusión de vasos de miembros superiores por vía endovascular venoso o arterial	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
12	oclusión de vasos torácicos por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
13	oclusión de arterias abdominales por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
14	oclusión de venas abdominales por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
15	oclusión de venas intraabdominales por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
16	oclusión de arterias o venas de miembros inferiores por vía endovascular o esclerosis de vasos por malformación periférica	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
17	oclusión de vasos de cabeza y cuello por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
18	Reparación de fistula arteriovenosa por embolización	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
19	Trombolisis periférica y /o de venas de miembros inferiores por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
20	Trombolisis de arterias de miembros inferiores por vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
21	Trombolisis arterial abdominal vía endovascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
22	Trombolisis por cateterismo	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
23	Angioplastia de miembros inferiores con un balón convencional	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
24	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales con balón convencional	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
25	angioplastia con un balón de vasos de miembros superiores convencional	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
26	angioplastia o aterectomia con balón de vasos de cabeza y cuello, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
27	angioplastia con balón de vasos de miembros superiores, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
28	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA
29	angioplastia de arteria carótida, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA

	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
--	--	---

INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.				
30	angioplastia arteria vertebral, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFÉRICA
31	colocación de filtro de vena cava	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFÉRICA
32	derivación porto sistémica transyugular intrahepática	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFÉRICA
33	extracción de cuerpo extraño intravascular arterial o venoso por vía intravascular	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFÉRICA
34	Ablación de Varices de Miembros Inferiores por Radiofrecuencia (Unilateral)	Procedimiento	A Demanda	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFÉRICA
35	Reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal	Procedimiento	A Demanda	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR
36	Reparo endovascular de aneurisma de aorta torácica o disección aortica	Procedimiento	A Demanda	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR
37	Reparo endovascular de aneurisma iliacos	Procedimiento	A Demanda	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR
38	Reparo endovascular de aneurisma de aorta con sistema iliac branch	Procedimiento	A Demanda	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR
39	Aneurismectomía de aorta intraabdominal; incluye resección con injerto en parche	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
40	Aneurismectomía intraabdominal (excepto aorta); incluye aneurisma hipogástrico, extirpación fístula arteriovenosa (pélvica), resección o colocación de injerto en parche, sutura	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
41	Reconstrucción de arteria intraabdominal por medio de injerto; incluye derivaciones aorta femoral y aorta ilíaca con homoinjerto o injerto sintético simple o en Y	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
42	Derivación aorta poplítea	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
43	Derivación aorta renal por injerto en Y, o de aorta a las dos arterias renales	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
44	Anastomosis venosa intraabdominal	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
45	Exploración y/o trombectomía	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
46	Endarterectomía de vasos de brazo o antebrazo	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
47	Endarterectomía de vasos de miembros superiores	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
48	Endarterectomía Aortoiliaco	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
49	Endarterectomía Suprapatelar	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
50	Endarterectomía Infrapatelar	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
51	Endarterectomía de Arterias de miembros inferiores	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
52	cierre de Fístula Arteriovenosa vía abierta	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
53	Cateterismo Izquierdo	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
54	Cateterismo derecho	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
55	Cateterismo izquierdo y derecho más arteriografía coronaria	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
56	Cateterismo izquierdo y derecho con o sin angiografía mas aortograma	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
57	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
58	Cateterismo combinado izquierdo y derecho del corazón	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
59	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía más aortograma	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
60	arteriografía coronaria más cateterismo izquierdo	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA

	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
--	--	--

INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

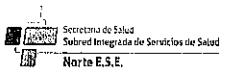
OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
---------------------------	---

61	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con aortograma torácico o abdominal	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
62	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con revisión de puentes coronarios	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
63	Angioplastia coronaria de un vaso con balón	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
64	Angioplastia coronaria de dos vasos con balón	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
65	Angioplastia coronaria de un vaso con balón más colocación de uno o más stent	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
66	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de un solo Stents	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
67	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de uno o más Stents	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
68	Arteriografía coronaria más Angioplastia coronaria, de dos vasos, más colocación de stents	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
69	Cierre de CIA	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA
70	Cierre de CIV	Procedimiento	A Demanda	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA

NOTA	EL OFERENTE DEBE COTIZAR EL 100% DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS CONTENIDOS EN LOS CUADROS DEL ANEXO No 5 CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE NO ESTE DESCRITO Y QUE SEA NECESARIO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE PODRA SER EJECUTADO PREVIA VERIFICACIÓN QUE EL VALOR OFRECIDO POR EL CONTRATISTA ES EL EXISTENTE EN EL MERCADO Y AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
-------------	---

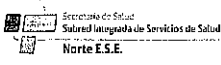
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	15/05/2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	18-05-18 HORA DE CIERRE: 11:00 A.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 OFICINA DE CORRESPONDENCIA, EN UN (1) ORIGINAL, UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS DE LAS PROPUESTAS	ENTRE EL 21-05-18 Y EL 22-05-18
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	22/05/2018
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES	23/05/2018 HASTA LA 1:00 PM POR CORREO ELECTRONICO A comprasrednorte@gmail.com
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LAS EVALUACIONES AL CORREO ELECTRONICO DEL PROPONENTE	24/05/2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	25/05/2018

REQUISITOS HABILITANTES	
	1, JURÍDICOS: 1. A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO NO. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) C) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES PARAFISCALES EFECTUADO EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES ANEXO No 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO NO. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL 7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS

	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
--	--	--

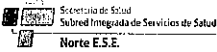
INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
	9. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11. CERTIFICACIÓN BANCARIA 12. PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRENTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. A FAVOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NIT. 900.971.006-4
	2. TÉCNICOS: 1. EL OFERENTE DEBERÁ CONTAR CON EL SIGUIENTE RECURSO HUMANO. CON EXPERIENCIA MINIMA DE UN (1) AÑO • Cirujano vascular periférico con soporte de experiencia. • Hemodinamista con soporte de experiencia
	Para la verificación de las condiciones del personal, el oferente acreditará la idoneidad y experiencia certificada allegando las hojas de vida del equipo con el cual se ejecutarán las actividades, anexando los siguientes documentos: • Título profesional de pregrado en medicina otorgado por Universidad reconocida oficialmente por el gobierno colombiano. • Título profesional de posgrado en Cirugía General o Medicina Interna, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado), como especialización base. • Título profesional en la Subespecialidad, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado), Experiencia mínima de tres años de experiencia Certificada. • Tarjeta profesional y/o registro médico expedido por la Secretaría Distrital de Salud y/o Ministerio de Salud, según la normatividad vigente. • Carnet de Radio protección Vigente. • Los especialistas y subespecialistas que hayan cursado sus estudios de pregrado y/o posgrado en el exterior deben contar con validación ante el ministerio de educación. • Experiencia Certificada en los procedimientos que son objeto de la presente convocatoria • Carta de autorización firmada por el profesional en original, autorizando la presentación de su hoja de vida, en esta convocatoria. • Los especialistas deberán presentar soporte de inscripción al MIPRES. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. proveerá el siguiente personal para: • Proceso de asignación de citas, procedimientos y facturación. • Auxiliares de Enfermería de apoyo en el servicio. • Enfermera Jefe de Servicio.
	2. INSUMOS, Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS El oferente debe presentar carta firmada por el representante legal donde se compromete a garantizar el suministro de los Insumos Básicos para la prestación de los servicios, que se encuentran descritos en el ANEXO No 5 (INSUMOS) los cuales estarán incluidos dentro del valor propuesto en cada procedimiento:
	NOTA: Los insumos de alto costo serán provistos por la subred integrada de servicios de salud Norte, según solicitud previa a la utilización y de acuerdo a la autorización por el respectivo pagador. Para los procedimientos que se realicen en salas de cirugía la Subred garantizará la disposición de todos los materiales de la sala (Maquina de anestesia, auxiliar de enfermería, circulante, insumos de anestesia, insumos básicos tales como: guantes, tapabocas, paquete de ropa, jeringas, instrumental, suturas).
Documentos soportes que debe anexar el proponente	3. EQUIPOS Para la prestación del servicio en el área de Hemodinámica, el proponente deberá ofertar los siguientes equipos: • Arco en C para Hemodinámica • Inyector de poder Los cuales no deben tener mas de tres (3) años contados a partir de la fecha de adquisición conforme lo establece la ficha técnica que para el efecto debe adjuntarse en la propuesta. Las licencias de Estudios Radio físicos que requieran los equipos para dar cumplimiento a los requisitos de habilitación serán asumidas por el oferente. (Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección social), así como los profesionales responsables de su manejo La instalación, soporte técnico y mantenimiento de los equipos de propiedad del proponente estarán a cargo del mismo y deben contar con la protección electrónica, al igual que con los respectivos manuales de operación en medio físico y electrónico. Los equipos del proveedor deberán estar asegurados directamente por él, al igual que su mantenimiento preventivo y correctivo, incluyendo mano de obra y repuestos y se obligaran a contar con cronograma de mantenimientos preventivo de los mismos. La hojas de vida de los equipos deberán contener las características del equipo como: Marca, Modelo, Serie, Tipo de equipo, Estado, Historial de mantenimiento correctivo y preventivo (para los casos que aplique), así como cualquier otra característica que defina el área de ingeniería biomédica y de recursos físicos de la Subred Norte ESE.

	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
--	--	---

INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
	REQUISITOS A EVALUAR
	1, TÉCNICOS:
	1, Experiencia del Oferente – El proponente debe acreditar experiencia mediante la presentación de máximo (5) contratos celebrados con objeto igual o similar al del presente proceso, durante los últimos cinco (5) años y cuyo valor sea igual o superior a tres (3) veces el valor del presupuesto asignado para este proceso. Se asignarán 100 puntos al proponente que cumpla con este requisito.
	2, Experiencia del recurso humano (Medico Vascular Periferico). El oferente deberá allegar certificaciones de experiencia del profesional que presenta en su propuesta. La experiencia tendra la siguiente calificación: DE 1 AÑO A 3 AÑOS SE OTORGARAN 25 PUNTOS DE 3 AÑOS EN ADELANTE 50 PUNTOS Nota: La certificación deberá contener minimo la siguiente información: Nombre y NIT del Contratante Nombre e identificación del Contratista Objeto del Contrato Fecha de Inicio Fecha de terminación
	3, Experiencia del recurso humano (Medico Hemodinamista). El oferente deberá allegar certificaciones de experiencia del profesional que presenta en su propuesta. La experiencia tendra la siguiente calificación: DE 1 AÑO A 3 AÑOS SE OTORGARAN 25 PUNTOS DE 3 AÑOS EN ADELANTE 50 PUNTOS Nota: La certificación deberá contener minimo la siguiente información: Nombre y NIT del Contratante Nombre e identificación del Contratista Objeto del Contrato Fecha de Inicio Fecha de terminación
	4, Equipo biomédico ofertado: Los equipos ofertados se evaluarán de la siguiente manera: EQUIPOS DE CERO (0) A UN (1) AÑO SE OTORGARAN 150 PUNTOS EQUIPOS DE UNO (1) A DOS (2) AÑO SE OTORGARAN 100 PUNTOS EQUIPOS DE DOS (2) A TRES (3) AÑOS SE OTORGARAN 50 PUNTOS Es necesario adjuntar las fichas técnicas de TODOS los equipos que hacen parte de la propuesta para la calificación por parte de Ingeniería Biomédica de la institución. Así mismo, deberán diligenciar la FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL anexa a la invitación.
	5, OPORTUNIDAD: Cobertura presencial del servicio, disponibilidad y oportunidad de respuesta al llamado, de acuerdo a las siguientes características 1• Disponibilidad para evaluar y operar pacientes de cirugía vascular de acuerdo a la demanda establecida por el Subred, así como la disponibilidad al llamado para las urgencias que ingresen al servicio y las que se generen con los pacientes hospitalizados en la Institución . Tiempo Maximo estimado para la respuesta Seis (6) horas 2• Agendas de consulta externa que garanticen la oportunidad de esta máximo a quince (15) días calendario. 3• Programación de Jornadas quirúrgicas de acuerdo a las necesidades de la institución que garanticen la oportunidad menor a treinta (30) días. 4• Evolucionar pacientes hospitalizados y responder interconsultas de vascular de minimo cinco (5) días a la semana. Se otorgara 25 puntos por cada uno de los ítems anteriores para un total maximo de cien (100) punto Las demás propuestas se evaluarán por reglas de tres simple donde (a menor tiempo, mayor puntaje), excepto el ítem No 4. Que se evaluara por regla de tres simple donde (a mayor tiempo, mayor puntaje)
	6, VALORES AGREGADOS El oferente deberá presentar programa de capacitación y actualización relacionado con el objeto del contrato. (Cantidad, periodicidad, intensidad y constancia de la misma). Se otorgará un puntaje de cincuenta (50) puntos al oferente que presente el mejor programa de capacitación, teniendo en cuenta los factores antes citados de Cantidad, periodicidad, intensidad y constancia de la misma
	2, ECONÓMICOS:
	ECONÓMICOS:EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR VALORIZADO EL PRECIO DE: 1, CADA UNO DE LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS EN EL ANEXO No 6. 2, SE DEBE PRESENTAR EL VALOR DE TODOS LOS ÍTEMS DISCRIMINANDO EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL

	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN :3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Único	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. EVALUACIÓN TÉCNICA EVALUABLE (Quinientos 500 puntos) FACTORES DE EVALUACION Parcial Subtotal 1. EXPERIENCIA 100 2. EXPERIENCIA RECURSO HUMANO 100 3. EQUIPO BIOMEDICO 150 4. OPORTUNIDAD 100 5. VALORES AGREGADOS 50 TOTAL 500
Económica	1. SE TENDRA EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONOMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS Y TÉCNICOS 2. SE OTÓRGARA UN PUNTAJE MAXIMO DE 500 PUNTOS A LA PROPUESTA ECONÓMICA MAS FAVORABLE PARA LA SUBRED. LAS DEMAS OFERTAS OBTENDRAN EL PUNTAJE POR REGLA DE TRES INVERSA

Criterios de Empate	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. LA PROPUESTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGUN EL RADICADO DE CORRESPONDENCIA.
----------------------------	--

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	CIENTO OCHENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE (\$185.843.000)	No.	1030
Rubro Presupuestal	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha del GDP	02/05/2018

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	Plazo de ejecución	UN (1) MES
----------------------	---	---------------------------	------------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Lugar de entrega	EL SERVICIO SE PRESTARA PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Forma de entrega	LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PRESENCIAL EN LA SUBRED Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Obligaciones Generales	1. Cumplir cabalmente con el objeto del contrato con la oportunidad, cubrimiento, eficacia y calidad requeridos. 2. Abstenerse de realizar cualquier cambio en las condiciones iniciales del contrato sin previo visto bueno del supervisor del mismo. 3. Mantener durante la vigencia del contrato las mismas condiciones ofrecidas en la oferta, en términos de calidad, precio, características especiales y disponibilidad. 4. Suscribir el contrato y cuando a ello hubiera lugar el acta de inicio de ejecución del mismo, así como los demás otrosí que se requieran para el debido desarrollo del objeto contractual. 5. Presentar ante el supervisor del contrato para la generación de la certificación de cumplimiento la factura y certificación de pago de aportes parafiscales o documento equivalente suscrito por el representante legal, revisor fiscal o 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. Velar por mantener el buen nombre de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E, obrando de manera honesta y responsable. 8. 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
-------------------------------	---

	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017

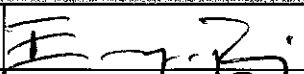
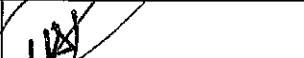
INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred Integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
Obligaciones Específicas	1. Velar porque los médicos que desarrollarán los servicios, cumplan con las normas de diligenciamiento de la historia clínica, y demás registros establecidos por el sistema de seguridad social en salud, de acuerdo con las normas legales y jurídicas establecidas, de acuerdo con los principios y normas que la comunidad. 2. Los proponentes estarán a cargo de las adecuaciones requeridas para la habilitación del Servicio de Hemodinamia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de acuerdo a lo normado en la Resolución 2003 de 2014. 3. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto contractual. 4. Construir y/o adaptar las guías de práctica clínica a partir de la guía de referencia institucional, las cuales deben ser entregadas actualizadas al 100% a la oficina de Calidad durante el primer mes del contrato. 5. Socializar las guías establecidas en el servicio a todos los responsables de la intervención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los usuarios. Lo anterior será objeto de verificación por la oficina de Calidad y de Talento Humano. 6. Participar activamente en la vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que constituyan factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria. 7. Participar activamente en procesos de capacitación e investigación en el marco del sistema de gestión del conocimiento de la Subred. 8. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad. 9. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato. 10. Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos. 11. Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución. 12. Presentar mensualmente con la cuenta el informe de gestión del servicio, sobre las actividades desarrolladas y sobre los indicadores del servicio previamente acordados con el supervisor. 13. Humanización: El equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad sobre su estado de salud, respetando credos, raza y condición socio económica. Además se hará énfasis en el mejoramiento continuo con explicación clara y detallada del estado de salud tanto al paciente como a su familia y del procedimiento a realizar (consentimiento informado). 14. Seguridad del paciente: El servicio deberá adherirse al Programa de Seguridad establecido por la institución, para lo cual se aplicará una lista de chequeo de los procedimientos, con el fin de disminuir el número de complicaciones y la ocurrencia de eventos adversos. 15. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en el servicio, así como las complicaciones, eventos de fármaco y tecnovigilancia y en general situaciones de diferente índole relacionadas con la atención del servicio. Finalmente debe hacerse mediciones y análisis de las complicaciones suministrando información requerida por la Subred. 16. Diligenciar los diferentes formatos de la historia clínica que tenga la institución, con cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. 17. Las demás actividades que se encuentren acordes con su especialidad y la naturaleza del contrato 18. El oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura. 19. La Subred Territorial del Norte no asume ninguna responsabilidad por el cuidado y custodia de los equipos con los que el contratista presta el servicio, como tampoco por los daños que por cuestiones inherentes al uso se les cause. 20. El contratista deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos, en un término no mayor a seis horas. 21. El contratista deberá contar permanentemente con todos los insumos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados, grabadoras y, en general, todo lo necesario para la prestación.

	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 11/10/2017
--	--	---

INVITACIÓN A COTIZAR No. 92-2018

OBJETO A CONTRATAR	contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.
Garantías de cumplimiento	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 LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: 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 10% DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL O SUPERIOR AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. C) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EL CONTRATISTA, DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS. D) 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. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	ENRIQUE PÁEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
Bogotá D.C

Referencia: Propuesta para “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para “CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y CARDIOLOGÍA HEMODINÁMIA, PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, QUE PERMITA REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA, Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR.

Documento: ORIGINAL No. FOLIOS _____

Anexos: _____ folios, Medios Magnéticos _____

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

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 2

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: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y CARDIOLOGÍA HEMODINÁMIA, PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, QUE PERMITA REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA, Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR.

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 incurso 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 a la prestación del servicio de lavandería hospitalaria.

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

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

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

FIRMA

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

Ciudad y fecha _____

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

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

ANEXO 4

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.

ANEXO TÉCNICO No 05

2. INSUMOS

ITEM	CANTIDAD	ARTICULO	CLASIFICACIÓN
1	1	Aguja angiografica needle	INSUMO
2	1	Aguja hipodérmica 21 (1.1 1/2)	INSUMO
3	1	Bisturí	INSUMO
4	1	Cable para desprendimiento de Coils	INSUMO
5	1	Cánula nasal adulto	INSUMO
6	1	Catéter angiografico pigtail	INSUMO
7	1	Cateter Bernstein 5 Fr*	INSUMO
8	1	Catéter contra	INSUMO
9	1	Catéter de ablación	INSUMO
10	1	Catéter diagnostico 5 fr contra II	INSUMO
11	1	Cateter Diagnostico 5 Fr vertebral	INSUMO
12	1	Catéter diagnostico bernstein 5 f 100 cm	INSUMO
13	1	Catéter diagnóstico contra 5 f (cobra o simmons)	INSUMO
14	1	Catéter diagnostico JL	INSUMO
15	1	Catéter diagnostico multipropósito 6 f	INSUMO
16	1	Cateter guia coronario	INSUMO
17	1	Cateter Intravenoso	INSUMO
18	1	Electrodo Monitoreo adulto	INSUMO
19	1	Electrodo de marcapaso transitorio	INSUMO
20	1	Equipo administración macrogoteo	INSUMO
21	1	Equipo bomba de infusion	INSUMO
22	1	Equipo de infusión Baxter	INSUMO
23	1	Esparadrapo	INSUMO
24	1	Guía angiografica (0,035 x 260 cm)	INSUMO
25	1	Guía Hidrofilica 035/260*	INSUMO
26	1	Guía Hidrofilica ZIPWIRE 0.35 X 260 cm	INSUMO
27	1	Guía magic torque 0,035 x 260/ de intercambio	INSUMO



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.B.

28	1	Introduccion 5 French	INSUMO
29	1	Introduccion 6 French	INSUMO
30	1	introduccion 6 French largo x 45 cm	INSUMO
31	1	Introduccion 6 French largo x 90 cm	INSUMO
32	1	Introduccion 7 French	INSUMO
33	1	Introduccion 9 French	INSUMO
34	1	Jeringa de hiperpresora (inyector)	INSUMO
35	1	Jeringa desechable 1 cc	INSUMO
36	1	Jeringa desechable 3 cc	INSUMO
37	1	Jeringa desechable 5 cc	INSUMO
38	1	Jeringa desechable 10 cc	INSUMO
39	1	Jeringa desechable 20 cc	INSUMO
40	1	Jeringa desechable 50 cc	INSUMO
41	1	Llave De Tres Vias	INSUMO
42	1	Manifold de tres salidas	INSUMO
43	1	Manilla compresion	INSUMO
44	1	Mascara de oxigeno adulto ventury	INSUMO
45	1	Medio de contraste	INSUMO
46	1	Pañines	INSUMO
47	1	Parches de electrodo	INSUMO
48	1	Placa de electrofisiología	INSUMO
49	1	Plantilla medidora CIA	INSUMO
50	1	Ropa desechable (paquete)	INSUMO
51	1	Rotador o rotor guía angioplastia	INSUMO
52	1	Sonda vesical	INSUMO
53	1	Valvula Hemostatica	INSUMO
54	1	Cuerda guía amplatz súper stiff 0.035 X 260 cm	INSUMO
55	1	Jeringa insufladora	INSUMO
56	1	guantes de manejo	INSUMO
57	1	guantes esteriles	INSUMO
58	1	Gasas esteriles (paquete)	INSUMO
59	1	compresas esteriles (paquete)	INSUMO
60	1	tapabocas(Caja)	INSUMO
61	1	equipo de macrogoteo	INSUMO

HOJA DE VIDA DE EQUIPO MÉDICO

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

CODIGO: AP-AT-F-06-02

VERSION : 2

PÁGINA : 1 DE 2

FECHA: 09/06/2017

A. DESCRIPCIONES GENERALES

1. IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO		2. UBICACIÓN		3. FOTO	4. FUNCIÓN
NOMBRE:		CENTRO DE ATENCIÓN:			
MARCA:		SERVICIO:			
MODELO:		AREA:			
SERIE:		PISO:			
ACTIVO:		FUO:	MOVIL		
REGISTRO SANITARIO:					
5. FORMA DE ADQUISICIÓN		6. DATOS DEL PROVEEDOR			
COMPRA:	CONTRATO:	RAZON SOCIAL:			
DONACIÓN:	CONTRATO:	TELÉFONO:			
COMODATO:	CONTRATO:	DIRECCIÓN:			
ALQUILER:	CONTRATO:	CIUDAD:			
OTRO:	CUAL:	FABRICANTE:			
		PAIS:			
7. REGISTRO HISTORICO		8. FUENTES DE ALIMENTACION			
FECHA DE ADQUISICIÓN		AGUA:	ELECTRICIDAD:		
FECHA DE INSTALACIÓN		AIRE:	ENERGIA SOLAR:		
FECHA INICIO GARANTÍA		GAS NATURAL:	ACPM:		
FECHA FINAL GARANTÍA		VAPOR:	NEUMATICO:		

B. REGISTRO DE APOYO TECNICO

1. MANUALES	2. PLANOS	3. USO	4. RIESGO	5. CLASIFICACIÓN SEGÚN COMPLEJIDAD	8. ACCESORIOS
OPERACIÓN:	ELECTRÓNICOS:	MÉDICO:	MUY ALTO (III)	ALTA TECNOLOGÍA:	
MANTENIMIENTO:	ELECTRÍCOS:	BÁSICO:	ALTO (IIB)	MEDIA TECNOLOGÍA:	
PARTES:	NEUMÁTICOS:	APOYO:	MEDIO (IIA)	BAJA TECNOLOGÍA:	
DESPIECES:	MECÁNICOS:	INDUSTRIAL:	BAJO (I)		
	HIDRÁULICOS:				
6 CLASE DE TECNOLOGÍA		7. CLASIFICACIÓN BIOMÉDICA			
ELECTRÓNICO:	HIDRÁULICO:	APOYO DIAGNÓSTICO:			
ELECTRÓNICO:	NEUMÁTICO:	TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA VIDA:			
MECÁNICO:	VAPOR:	ANÁLISIS DE LABORATORIO:			
ELECTROMECAÁNICO:	SOLAR:	REHABILITACIÓN:			
		PREVENCIÓN:			

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

C. REGISTRO DE MANTENIMIENTO

1. TIPO DE MANTENIMIENTO		2. RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO		3. PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	
PROPIO:	GARANTÍA:	NOMBRE:		TRIMESTRAL:	SEMESTRAL:
CONTRATADO:	COMODATO:	TELÉFONO	CONTRATO:	CADA 4 MESES:	ANUAL:

CODIGO: AP-AT-F-06-02

VERSION : 2

PAGINA : 2 DE 2

FECHA: 09/06/2017

No. ACTIVO[illegible]

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	cavografía	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
2	arteriografías de miembros inferiores o superiores, renal, +aortograma torácico o abdominal tarifa por cada extremidad	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
3	arteriografía de la arteria gastroduodenal, tronco celiaco o mesentérica superior o inferior	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
4	arteriografía de arterias carótidas o pan angiografía	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
5	arteriografía periférica de una extremidad inferior por punción + aortograma	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
6	arteriografía pélvica selectiva o supraselectiva	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
7	Arteriografía periférica de una extremidad superior	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
8	arteriografía pulmonar bilateral con cateterismo derecho	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
9	arteriografía pulmonar bilateral selectiva	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
10	flebografía de miembros inferiores o superiores (tarifa por cada extremidad)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
11	oclusión de vasos de miembros superiores por vía endovascular venoso o arterial	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
12	oclusión de vasos torácicos por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
13	oclusión de arterias abdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
14	oclusión de venas abdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
15	oclusión de venas intraabdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
16	oclusión de arterias o venas de miembros inferiores por vía endovascular o esclerosis de vasos por malformación periférica	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
17	oclusión de vasos de cabeza y cuello por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
18	Reparación de fistula arteriovenosa por embolización	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
19	Trombolisis periférica y /o de venas de miembros inferiores por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
20	Trombolisis de arterias de miembros inferiores por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
21	Trombolisis arterial abdominal vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
22	Trombolisis por cateterismo	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
23	Angioplastia de miembros inferiores con un balón convencional	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
24	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales con balón convencional	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
25	angioplastia con un balón de vasos de miembros superiores convencional	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
26	angioplastia o aterectomia con balón de vasos de cabeza y cuello, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
27	angioplastia con balón de vasos de miembros superiores, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
28	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
29	angioplastia de arteria carótida, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
30	angioplastia arteria vertebral, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
31	colocación de filtro de vena cava	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
32	derivación porto sistémica transyugular intrahepática	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
33	extracción de cuerpo extraño intravascular arterial o venoso por vía intravascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
34	Ablación de Varices de Miembros Inferiores por Radiofrecuencia (Unilateral)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA			-
35	Reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			-
36	Reparo endovascular de aneurisma de aorta torácica o disección aortica	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			-
37	Reparo endovascular de aneurisma iliacos	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			-
38	Reparo endovascular de aneurisma de aorta con sistema iliac branch	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			-
39	Aneurismectomía de aorta intraabdominal; incluye resección con injerto en parche	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
40	Aneurismectomía intraabdominal (excepto aorta); incluye aneurisma hipogástrico, extirpación fístula arteriovenosa (pélvica), resección o colocación de injerto en parche, sutura	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
41	Reconstrucción de arteria intraabdominal por medio de injerto; incluye derivaciones aorto femoral y aorto iliaca con homoinjerto o injerto sintético simple o en Y	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
42	Derivación aorto poplítea	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
43	Derivación aorto renal por injerto en Y, o de aorta a las dos arterias renales	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
44	Anastomosis venosa intraabdominal	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
45	Exploración y/o trombectomía	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
46	Endarterectomía de vasos de brazo o antebrazo	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
47	Endarterectomía de vasos de miembros superiores	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
48	Endarterectomía Aortoiliaco	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
49	Endarterectomía Suprapatelar	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
50	Endarterectomía Infrapatelar	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
51	Endarterectomía de Arterias de miembros inferiores	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
52	Cierre de Fístula Arteriovenosa vía abierta	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			-
53	Cateterismo Izquierdo	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
54	Cateterismo derecho	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
55	Cateterismo izquierdo y derecho más arteriografía coronaria	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
56	Cateterismo izquierdo y derecho con o sin angiografía más aortograma	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
57	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
58	Cateterismo combinado izquierdo y derecho del corazón	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
59	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía más aortograma	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
60	arteriografía coronaria más cateterismo izquierdo	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
61	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con aortograma torácico o abdominal	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
62	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con revisión de puentes coronarios	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
63	Angioplastia coronaria de un vaso con balón	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
64	Angioplastia coronaria de dos vasos con balón	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
65	Angioplastia coronaria de un vaso con balón más colocación de uno o más stent	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
66	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de un solo Stents	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
67	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de uno o más Stents	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
68	Arteriografía coronaria más Angioplastia coronaria , de dos vasos, más colocación de stents	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
69	Cierre de CIA	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
70	Cierre de CIV	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA			-
TOTAL							

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Mayo 2 De 2018

CDP. No. 1030

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.....: 232103040000000000000004

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210304

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 955,196,666.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 816,795,970.00

SALDO DE APROPIACION : 1,771,992,636.00

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:SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGIA VASCULAR PERIFE
RICA ENDOVASCULAR Y CARDIOLOGIA HEMODINAMICA

POR UN VALOR INICIAL DE : 185,843,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 185,843,000.00

CIENTO OCHENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 955,196,666.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 630,952,970.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS	CODIGO : AP-CT-F-01-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSION : 4
		PAGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

16-abr-18

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ

contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred Integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E., a fin de dar cumplimiento a los postulados de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y sus Decretos reglamentarios y en ejercicio de la función misional que le compete, requiere contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred Integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias. Por lo anterior y con el fin de garantizar la adecuada y oportuna prestación del servicio a los usuarios, se dirige la presente Convocatoria a personas naturales, jurídicas, consorcios o uniones temporales, la cual se efectúa mediante publicación en página web, de acuerdo con las normas vigentes establecidas para la Empresas Social del Estado, arriba identificadas, dando cumplimiento a los postulados y principios contractuales de la función pública y demás normas aplicables, en especial los de publicidad y transparencia.

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*FAA
1	ecavografía	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
2	arteriografías de miembros inferiores o superiores, renal, +aortograma torácico o abdominal tarifa por cada extremidad	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
3	arteriografía de la arteria gastroduodenal, tronco celiaco o mesentérica superior o inferior	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
4	arteriografía de arterias carótidas o pan angiografía	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
5	arteriografía periférica de una extremidad inferior por punción + aortograma	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
6	arteriografía pélvica selectiva o supraselectiva	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
7	Arteriografía periférica de una extremidad superior	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
8	arteriografía pulmonar bilateral con cateterismo derecho	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
9	arteriografía pulmonar bilateral selectiva	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
10	flubografía de miembros inferiores o superiores (tarifa por cada extremidad)	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
11	oclusión de vasos de miembros superiores por vía endovascular venoso o arterial	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
12	oclusión de vasos torácicos por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
13	oclusión de arterias abdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
14	oclusión de venas abdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
15	oclusión de venas intraabdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
16	oclusión de arterias o venas de miembros inferiores por vía endovascular o esclerosis de vasos por malformación periférica	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
17	oclusión de vasos de cabeza y cuello por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
18	Reparación de fístula arteriovenosa por embolización	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
19	Trombolisis periférica y/o de venas de miembros inferiores por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
20	Trombolisis de arterias de miembros inferiores por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
21	Trombolisis arterial abdominal vía endovascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
22	Trombolisis por cateterismo	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
23	Angioplastia de miembros inferiores con un balón convencional	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		
24	angioplastia o aterectomía de vasos abdominales con balón convencional	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA VASCULAR PERIFERICA		

200
9/3/2018

25	angioplastia con un balón de vasos de miembros superiores convencional	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA			
26	angioplastia o aterectomia con balón de vasos de cabeza y cuello, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento		VASCULAR PERIFÉRICA			
27	angioplastia con balón de vasos de miembros superiores, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA			
28	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento		VASCULAR PERIFÉRICA			
29	angioplastia de arteria carótida, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA			
30	angioplastia arteria vertebral, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento		VASCULAR PERIFÉRICA			
31	colocación de filtro de vena cava	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA			
32	derivación porto sistémica transyugular intrahepática	A Demanda	Procedimiento		VASCULAR PERIFÉRICA			
33	extracción de cuerpo extraño intravascular arterial o venoso por vía intravascular	A Demanda	Procedimiento		APOYO DIAGNOSTICO HEMODINAMIA			
34	Ablación de Varices de Miembros Inferiores por Radiofrecuencia (Unilateral)	A Demanda	Procedimiento		VASCULAR PERIFÉRICA			
35	Reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal	A Demanda	Procedimiento		TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			
36	Reparo endovascular de aneurisma de aorta torácica o disección aórtica	A Demanda	Procedimiento		TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			
37	Reparo endovascular de aneurisma ilíacos	A Demanda	Procedimiento		TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			
38	Reparo endovascular de aneurisma de aorta con sistema ilíac branch	A Demanda	Procedimiento		TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR			
39	Aneurismectomía de aorta intraabdominal; incluye resección con injerto en parche	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
40	Aneurismectomía intraabdominal (excepto aorta); incluye aneurisma hipogástrico, extirpación fístula arteriovenosa (pélvica), resección o colocación de injerto en parche, sutura	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
41	Reconstrucción de arteria intraabdominal por medio de injerto; incluye derivaciones aorto femoral y aorta ilíaca con homoinjerto o injerto sintético simple o en Y	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
42	Derivación aorta poplítea	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
43	Derivación aorta renal por injerto en Y, o de aorta a las dos arterias renales	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
44	Anastomosis venosa intraabdominal	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
45	Exploración y/o trombectomía	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
46	Endarterectomía de vasos de brazo o antebrazo	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
47	Endarterectomía de vasos de miembros superiores	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
48	Endarterectomía Aortoilíaca	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
49	Endarterectomía Suprapatelar	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
50	Endarterectomía Infrapatelar	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
51	Endarterectomía de Arterias de miembros inferiores	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
52	Cierre de Fístula Arteriovenosa vía abierta	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
53	Cateterismo izquierdo	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
54	Cateterismo derecho	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			
55	Cateterismo izquierdo y derecho más arteriografía coronaria	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
56	Cateterismo izquierdo y derecho con o sin angiografía más aortograma	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			
57	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
58	Cateterismo combinado izquierdo y derecho del corazón	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			
59	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía más aortograma	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
60	arteriografía coronaria más cateterismo izquierdo	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			
61	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con aortograma torácico o abdominal	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
62	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con revisión de puentes coronarios	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			
63	Angioplastia coronaria de un vaso con balón	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
64	Angioplastia coronaria de dos vasos con balón	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			
65	Angioplastia coronaria de un vaso con balón más colocación de uno o más stent	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
66	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de un solo Stents	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA			

67	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intracoronaria de uno o más Stents	A Demanda	Procedimiento		PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
68	Arteriografía coronaria más Angioplastia coronaria, de dos vasos, más colocación de stents	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
69	Cierre de CIA	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			
70	Cierre de CIV	A Demanda	Procedimiento		INVASIVA HEMODINAMIA PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA			

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☒ NO ☐ ANEXO 1

Los requisitos Técnicos se especifican en el anexo 2

GENERALES:

1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROS QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA 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. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.
8. 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.

- ESPECÍFICAS:**
- ☐ Velar porque los médicos que desarrollarán los servicios, cumplan con las normas de diligenciamiento de la historia clínica, y demás registros establecidos por el sistema de seguridad social en salud, de acuerdo con las normas legales y jurídicas establecidas, de acuerdo con los principios y normas que la comunidad.
 - ☐ Los proponentes estarán a cargo de las adecuaciones requeridas para la habilitación del Servicio de Hemodinamia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, de acuerdo a lo normado en la Resolución 2003 de 2014, específicamente las áreas físicas localizadas en la USS Simón Bolívar, incluyendo una sala de cirugía destinada para tal fin. Esta adecuación deberá ser realizada por personal idóneo y sus costos serán asumidos en su totalidad por el oferente
 - ☐ Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto contractual.
 - ☐ Construir y/o adaptar las guías de práctica clínica a partir de la guía de referencia institucional, las cuales deben ser entregadas actualizadas al 100% a la oficina de Calidad durante el primer mes del contrato.
 - ☐ Socializar las guías establecidas en el servicio a todos los responsables de la intervención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los usuarios. Lo anterior será objeto de verificación por la oficina de Calidad y de Talento Humano.
 - ☐ Participar activamente en la vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que constituyan factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria.
 - ☐ Participar activamente en procesos de capacitación e investigación en el marco del sistema de gestión del conocimiento de la Subred.
 - ☐ Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.
 - ☐ Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato.
 - ☐ Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos.
 - ☐ Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución.
 - ☐ Presentar mensualmente con la cuenta el informe de gestión del servicio, sobre las actividades desarrolladas y sobre los indicadores del servicio previamente acordados con el supervisor.
 - ☐ Humanización: El equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad sobre su estado de salud, respetando credos, raza y condición socio económica. Además se hará énfasis en el mejoramiento continuo con explicación clara y detallada del estado de salud tanto al paciente como a su familia y del procedimiento a realizar (consentimiento informado).
 - ☐ Seguridad del paciente: El servicio deberá adherirse al Programa de Seguridad establecido por la institución, para lo cual se aplicará una lista de chequeo de los procedimientos, con el fin de disminuir el número de complicaciones y la ocurrencia de eventos adversos.
 - ☐ Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en el servicio, así como las complicaciones, eventos de fármaco y tecnovigilancia y en general situaciones de diferente índole relacionadas con la atención del servicio. Finalmente debe hacerse mediciones y análisis de las complicaciones suministrando información requerida por la Subred.
 - ☐ Diligenciar los diferentes formatos de la historia clínica que tenga la institución, con cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.
 - ☐ Las demás actividades que se encuentren acordes con su especialidad y la naturaleza del contrato
 - ☐ El oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura.
 - ☐ La Subred Territorial del Norte no asume ninguna responsabilidad por el cuidado y custodia de los equipos con los que el contratista presta el servicio, como tampoco por los daños que por cuestiones inherentes al uso se les cause.
 - ☐ El contratista deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos, en un término no mayor a seis horas.
 - ☐ El contratista deberá contar permanentemente con todos los insumos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados, grabadoras y, en general, todo lo necesario para la prestación.

Dato firmado de dirección del contrato (Indicar por cuanto tiempo): UN/MES

Firma	Nombre y Firma del solicitante:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	CLARA PRADA	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo (E) y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

* Este campo es diligenciado por la Dirección receptora: ¿El bien o servicio solicitado se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad? SI ☐ NO ☐

Observaciones: La Supervisión Técnica del contrato estará a cargo del Director de Hospitalización y Cirugía.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS

CÓDIGO : RF-F-02-01

VERSIÓN : 1

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA : 05/07/2016

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

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA								IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO
		Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)						
		4 ALTA	3 ALTA	2 MEDIA	1 BAJA	4 ALTA	3 ALTA	2 MEDIA	1 BAJA	4 ALTA	3 ALTA	2 MEDIA	1 BAJA			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento													Generación automática	Generación automática	Generación automática
OPERACIONAL:	El monto de la inversión no sea el previsto para cumplir el objeto contractual dentro del tiempo estipulado			2					3					5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	AMBOS
TECNOLÓGICO:	Obsolescencia Tecnológica. Falta de equipos			2									1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATISTA
FINANCIERO:	Dificultad en la consecución de recursos para llevar a cabo el objeto contractual.		3						3					6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
ECONÓMICOS:	Variación de los insumos en los precios del mercado .			2										2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA
														0		
														0		
														0		
														0		
														0		
														0		
														0		
														0		

ELABORADO POR:

Nombre:

PATRICIA PEREZ

Cargo:

APOYO PROFESIONAL SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha Elaboración d/m/a

Abril 16 de 2018 de 2018