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. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	Consulta	1	459	
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	Procedimiento	1	3	
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	Procedimiento	1	106	
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR , HEMOCLIPS)	Procedimiento	1	394	
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	Procedimiento	1	8	
6	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCION DE CALCULOS DE VIAS BILIARES	Procedimiento	1	1	
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	1	1	
8	ANOSCOPIA	Procedimiento	1	1	
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	Procedimiento	1	1	
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	Procedimiento	1	10	
11	COLONOSCOPIA TOTAL	Procedimiento	1	225	
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	1	104	
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	1	1	
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	1	1	
15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	1	1	
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA(ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	1	1	
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	Procedimiento	1	1	
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	Procedimiento	1	1	
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	Procedimiento	1	43	
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	Procedimiento	1	1	
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN *	Procedimiento	1	1	
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	Procedimiento	1	1	
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO *	Procedimiento	1	2	
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	Procedimiento	1	30	
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	Procedimiento	1	1	

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	Procedimiento	1	1	
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	Procedimiento	1	1	
28	ULTRASONOGRFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	Procedimiento	1	1	
29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS PIGTAIL,DILATADOR,CISTOTOMO) *	Procedimiento	1	1	
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	Procedimiento	1	1	
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	Procedimiento	1	6	
32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	Procedimiento	1	1	
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	Procedimiento	1	1	
34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	Procedimiento	1	1	
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE SONDA DE TUNGSTENO *	Procedimiento	1	2	
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES)	Procedimiento	1	1	
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	Procedimiento	1	17	
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	Procedimiento	1	1	
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	Procedimiento	1	1	
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	Procedimiento	1	1	
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	Procedimiento	1	1	
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO *	Procedimiento	1	1	
43	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	Procedimiento	1	1	
44	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREATICO *	Procedimiento	1	1	
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	1	1	
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA *	Procedimiento	1	1	
47	CPRE MAS DILATACION NEUMATICA DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	1	1	
48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	1	1	
49	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT,DILATADORES E INSUMOS) *	Procedimiento	1	1	

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	Procedimiento	1	2	
51	MANOMETRIA RECTAL *	Procedimiento	1	13	
52	PH METRIA ESOFAGICA *	Procedimiento	1	0	
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	Procedimiento	1	1	
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	Procedimiento	1	1	
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	Procedimiento	1	1	
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	Procedimiento	1	1	
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	Procedimiento	1	1	
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	Procedimiento	1	1	
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	Procedimiento	1	1	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	29/05/2019
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	Fecha: 31/05/2019 Hora: HASTA LAS 3:00 PM Lugar: USS - CHAPINERO - Calle 66 No 15 - 41 Piso 1 Oficina de Correspondencia
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	Fecha: 31/05/2019 Hora: 3:10 PM Lugar: Lugar: USS - CHAPINERO - Calle 66 No 15 - 41 Piso 3 Oficina de Compras
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 31/05/2019 Y EL 4/06/2019
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	05/06/2019
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE

JURÍDICOS:

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA **(MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO 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. 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%
8. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL)
9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

13. CERTIFICACIÓN BANCARIA

14. POLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA: EN LAS OFERTAS CUYA CUANTÍA SEA IGUAL O SUPERIOR A 150 S.M.M.L.V., EL OFERENTE DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE PRESENTEN EN CASO DE QUE EL SELECCIONADO NO SE ALLANE A LA CELEBRACIÓN DEL RESPECTIVO 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 DE LA PROPUESTA Y TENDRÁ UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO PARA LA ACEPTACIÓN O SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.

FINANCIEROS

1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2018
2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR PÚBLICO Y /O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADO Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EMITIDO POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES VIGENTE

SARLAFT

PERSONA JURÍDICA Y PERSONA NATURAL **(PARA SER HABILITADO SE DEBEN PRESENTAR LOS DOS FORMULARIOS)**

1. FORMULARIOS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA **JURÍDICA Y NATURAL** SARLAFT EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD **(ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED)**.
2. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR).
3. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).

NOTA: SE DEBEN DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE PONER N/A.
TODOS LOS CONCEPTOS DE INGRESO DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS. (ARRENDAMIENTOS, VENTA ACTIVOS, HERENCIAS, LEGADOS, DONACIONES, ETC.)
SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.

TÉCNICOS: HABILITANTES

1 **RECURSO HUMANO**

A) PERSONAL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA SERVICIO ADULTO Y PEDIATRICO.
- ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA SUFICIENTES PARA CUBRIR LOS SERVICIOS Y QUE PERMITAN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD ESTABLECIDOS Y QUE HACEN PARTE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA:
- 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).

* TÍTULO PROFESIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA FORMALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO (DIPLOMA Y ACTA DE GRADO)
- TARJETA PROFESIONAL Y/O REGISTRO MÉDICO EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.
- TODOS LOS PROFESIONALES DEBEN CONTAR CON UN MÍNIMO DE UN AÑO DE EXPERIENCIA CERTIFICADA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- LOS ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS QUE HAYAN CURSADO SUS ESTUDIOS DE PREGRADO Y POSGRADO EN EL EXTERIOR DEBEN CONTAR CON VALIDACIÓN ANTE EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN.
- PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERAN SEDACIÓN, EL PROPONENTE DEBERÁ CONTAR CON PROFESIONAL ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y/O MEDICO GENERAL CON CERTIFICACIÓN, LOS CUALES DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS NORMATIVOS EXIGIDOS POR LA LEY.
- SOPORTE DE INSCRIPCIÓN AL MIPRES COMO PRESCRIPTOR.

TÉCNICOS: CALIFICABLES

1 **EXPERIENCIA DEL OFERENTE-CALIFICABLE (250) PUNTOS**

1,1. EXPERIENCIA CALIFICABLE (250) PUNTOS
EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA EJECUTADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS QUE TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA , DONDE LA SUMATORIA ACREDITE UN VALOR DE 4.000 SMMLV LOS CUALES SERÁN EVALUADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

CERTIFICACIONES ENTRE 1 Y 1000 SMMLV: 100 PUNTOS
CERTIFICACIONES ENTRE 1001 Y 2000 SMMLV: 150 PUNTOS.
CERTIFICACIONES ENTRE 2001 Y 3000 SMMLV: 200 PUNTOS
CERTIFICACIONES ENTRE 3001 Y 4000 SMMLV: 250 PUNTOS.

LAS CERTIFICACIONES DEBEN CONTENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

A. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE.
B. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA.
C. FECHA DE INICIACIÓN Y DE TERMINACIÓN.
D. OBJETO DEL CONTRATO.
E. VALOR DEL CONTRATO

LA VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PROPONENTES SE REALIZARÁ EN EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES CONFORME AL DECRETO 1082 DE 2015. LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTAS CERTIFICACIONES.

2 ESPECIFICACIONES EQUIPOS (250 PUNTOS)

LOS POSIBLES PROPONENTES DEBEN DESCRIBIR EN LA OFERTA LOS EQUIPOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA Y LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, QUE COMPLEMENTEN LOS EXISTENTES EN LA SUBRED NORTE ESE, LOS CUALES DEBERÁN CONTAR CON TECNOLOGÍA QUE GARANTICE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO; PARA EFECTOS DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN, APORTARÁ:

1. LAS HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS PROPUESTOS
2. LA PÓLIZA DONDE SE AMPARAN CONTRA TODO RIESGO
3. LAS HOJAS DE VIDA DE LOS INGENIEROS ENCARGADOS DEL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS.

LA INSTALACIÓN, SOPORTE TÉCNICO Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL PROPONENTE ESTARÁN A CARGO DE ESTE Y DEBEN CONTAR CON LA PROTECCIÓN ELÉCTRICA REQUERIDA, 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 OBLIGARÁN A CONTAR CON CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVO DE LOS MISMOS.

LA HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS DEBERÁ CONTENER LAS CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO COMO: MARCA, MODELO, SERIE, TIPO DE EQUIPO, ESTADO, HISTORIAL DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA CARACTERÍSTICA QUE DEFINA EL ÁREA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA DE LA SUBRED NORTE ESE.

LOS EQUIPOS CON LOS QUE CUENTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E SON LOS SIGUIENTES:

USS	EQUIPO	MARCA
ENGATIVA	COLONOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	COLONOSCOPIO	FUJIFILM
ENGATIVA	VIDEODUODENOSCOPIO	FUJIFILM
ENGATIVA	ENDOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	ENDOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	ENDOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	VIDEOGASTROCOPIO	FUJIFILM
ENGATIVA	FUENTE DE LUZ	FUJIFILM
ENGATIVA	LAVADOR DE PINZAS ULTRASONICO	OLYMPUS
ENGATIVA	MONITOR DE SIGNOS VITALES	MINDRAY
ENGATIVA	BÁSCULA	SOHENLE
ENGATIVA	SUCCIONADOR	THOMAS MEDI PUMP
ENGATIVA	PROCESADOR DE VIDEO	FUJIFILM
ENGATIVA	TENSIÓMETRO	SPHYGMOMANOMETER
ENGATIVA	TORRE DE ENDOSCOPIA	OLYMPUS
ENGATIVA	UNIDAD ELECTROQUIRÚRGICA	OLYMPUS
SUBA	TORRE DE ENDOSCOPIA	FUJIFILM
SUBA	COLONOSCOPIO	FUJIFILM

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

SUBA	GASTROENDOSCOPIO	FUJIFILM
SUBA	DUODENOSCOPIO	FUJIFILM

DE ACUERDO CON LOS ANTERIOR EL PROVEEDOR SE HARÁ CARGO DE LOS MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SON ESPECÍFICOS DEL SERVICIO DE LOS CUALES HACEN USO.

ADICIONAL A ELLO DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD Y LA PRODUCCIÓN PROYECTADA, SE REQUIEREN COMO MÍNIMO LOS SIGUIENTES EQUIPOS QUE DEBERÁN SER PROVEÍDOS POR LOS POSIBLES PROPONENTES:

- DOS VIDEOS GASTROSCOPIOS
- DOS VIDEOS COLONOSCOPIOS
- UN VIDEO ENTEROSCOPIO
- UN VIDEO DUODENOSCOPIO
- SEIS SUCCIONADORES
- CINCO MONITOR DE SIGNOS VITALES
- UN ANOSCOPIOS
- UN EQUIPO PARA IRRIGACIÓN DE CANALES DE ENDOSCOPIO.
- UN ARCO EN C

Y LOS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA GARANTIZAR LA INTEGRALIDAD DEL SERVICIO EN LA SUBRED NORTE.

PARA CALIFICAR EL COMPONENTE DE ESPECIFICACIONES TECNOLÓGICAS. ES NECESARIO ADJUNTAR DILIGENCIADO EL FORMATO DE HOJA DE VIDA EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN EL CUAL HARÁ PARTE DE LA PROPUESTA PARA LA CALIFICACIÓN POR PARTE DE INGENIERÍA BIOMÉDICA DE LA INSTITUCIÓN.

SE PONDERARÁ EL COMPONENTE ANTIGÜEDAD CON 250 PUNTOS DE LA SIGUIENTE MANERA

EQUIPOS	PUNTAJE POR CADA EQUIPOS	PUNTAJE TOTAL DE EQUIPOS
· DOS VIDEO GASTROSCOPIOS:	15	30
· DOS VIDEOS COLONOSCOPIOS	15	30
· UN VIDEO ENTEROSCOPIO	15	15
· UN VIDEO DUODENOSCOPIO	15	15
· SEIS SUCCIONADORES	10	60
· CINCO MONITOR DE SIGNOS VITALES	10	50
· UN ANOSCOPIOS	15	15
· UN EQUIPO PARA IRRIGACIÓN DE CANALES DE ENDOSCOPIO.	15	15
· UN ARCO EN C	20	20
TOTAL PUNTUACIÓN DE EQUIPOS		250

ECONÓMICOS:

1. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR VALORIZADO EL PRECIO DE:
   CADA UNO DE LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS EN EL ANEXO No 5.
2. SE DEBE PRESENTAR EL VALOR DE TODOS LOS ITEMS DISCRIMINANDO EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.
Financiero	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2.PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) INDICADORES FINANCEROS EVALUADOS. A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: ÍNDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE. B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL. C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBEBRÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: 1. CAPITAL DE TRABAJO = ACTIVO CORRIENTE - PASIVO CORRIENTE.
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.
Económicos	1, SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, FINANCIERA, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE. 2, SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS EN EL ANEXO ECONÓMICO, EL CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 3, LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. 4, **SE OTORGARA 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 Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA QUE PRESENTE MAYOR INDICE DE LIQUIDEZ

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/cte ($300,000,000)	No.	1004
Rubro Presupuestal	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha del CDP	23/05/2019

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	1 MES

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Garantías de exigibilidad	A) **DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
	B) **DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES:** PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.
	C) DE 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.

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.
	D) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. **ESPECÍFICAS** 1. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTANDO LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2. DILIGENCIAR Y LLENAR LOS DIFERENTES FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADÍSTICOS. 3. PRESENTAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA QUE SEAN EXIGIDOS POR LA SUPERVISIÓN TÉCNICA, EL ÁREA DE CALIDAD Y DIFERENTES ENTES INSTITUCIONALES. 4. ADHERENCIA A LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN 5. 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. 6. HUMANIZACIÓN: EL EQUIPO DEBE DAR UN TRATO AMABLE Y RESPETUOSO A COMPAÑEROS Y USUARIOS; RESPETAR SU PRIVACIDAD Y DIGNIDAD, ASÍ COMO GUARDAR CONFIDENCIALIDAD D 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). 7. 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. 8. 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.

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.
Obligaciones del Contratista	9. DILIGENCIAR LOS DIFERENTES FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE TENGA LA INSTITUCIÓN, CON CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD. 10. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME ESTADÍSTICO MENSUAL QUE SERÁ REQUISITO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA. 11. LA SUBRED 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. 12. EL CONTRATISTA DEBERÁ CONTAR PERMANENTEMENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA UNA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, INCLUIDO EQUIPO DE CÓMPUTO, ESTABILIZADORES, IMPRESORAS, PANTALLAS, TECLADOS Y GRABADORAS. 13. LOS SERVICIOS DEBERÁN SER OFERTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA: • DE FORMA PERMANENTE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR, • EN LAS UNIDADES DE SUBA Y ENGATIVÁ DEBERÁN SER OFERTADOS DURANTE MÍNIMO TRES DÍAS A LA SEMANA. • SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE GASTROENTEROLOGÍA ADULTO EN LA UNIDAD DE CHAPINERO, CON LA FRECUENCIA QUE LA INSTITUCIÓN REQUIERA Y DE ACUERDO A LA DEMANDA DEL SERVICIO. • EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA EL OFERENTE PRESENTARA LA PROPUESTA DE SERVICIO REQUERIDA DE ACUERDO A DEMANDA. 14. EL OFERENTE SE COMPROMETE A REALIZAR UN SEGUIMIENTO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO REALIZADO EN UN LAPSO NO MAYOR A 24 HORAS, QUE NO CONTARA COMO INTERCONSULTA, DEBIDAMENTE REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE. 15. EL OFERENTE DEBERÁ RELACIONAR EN LOS INFORMES PRESENTADOS CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, LOS CUALES DEBERÁN SER ACORDES A LOS SOLICITADOS POR EL MÉDICO TRATANTE 16. LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS QUE SURGEN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEBERÁN REPOSAR DENTRO DEL SERVICIO EN UN ARCHIVO DE ACUERDO A LOS TIEMPOS FIJADOS EN ÉL ARTÍCULO 15 DE LA RESOLUCIÓN O PODRÁN EFECTUAR LA ENTREGA DE LAS IMÁGENES QUE REPOSAN EN ESTOS ARCHIVOS, AL USUARIO, DEJANDO CONSTANCIA DE ELLO EN LA HISTORIA CLÍNICA. 17. TODOS LOS SERVICIOS DEBERÁN CUMPLIR CRITERIOS DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD DESCRITOS EN FACTORES HABILITANTES 18. DE OTRO LADO LOS POSIBLES PROPONENTES DEBERÁN GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE DAÑOS EN EQUIPOS DISPONIENDO DE UN PLAN DE CONTINGENCIA (PLAN ESPEJO) QUE IMPLIQUE LA TOMA DEL ESTUDIO SOLICITADO EN LAS MISMAS CONDICIONES DE LA OFERTA ORIGINAL, EN UNA SEDE ALTERNA Y EN CASO ESTRICTAMENTE NECESARIO O LA DISPOSICIÓN DE EQUIPOS Y RECURSO HUMANO DE RESPALDO EN UN PLAZO NO MAYOR A SEIS (6) HORAS **19, CRITERIOS DE OPORTUNIDAD** EL PROPONENTE DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES DE OPORTUNIDAD QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN: • CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA MENOR A 15 DÍAS. • INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA MENOR A 48 HORAS INCLUIDOS DÍAS NO HABILES • CONSIDERANDO QUE LA INSTITUCIÓN OFERTA EL SERVICIO EN VARIAS SEDES, SE UBICARA AL USUARIO EN LA SEDE DEFINIDA PARA LA UBICACIÓN DEL ESPECIALISTA DISPONIBLE PARA EL SERVICIO. • PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS PROGRAMADOS AMBULATORIOS MENOR A 15 DÍAS • PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS URGENTES MENOR A 24 HORAS. • PROCEDIMIENTOS ESPECIALES MENOR A 72 HORAS **20, LISTADO DE INSUMOS A PROVEER POR PARTE DEL CONTRATISTA ADJUDICADO** EL PROPONENTE DEBERÁ PROVEER LOS SIGUIENTES INSUMOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

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. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 076 - 2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.
	• BANDEJAS PARA INMERSIÓN • CEPILLOS PARA LIMPIEZA DE CANALES DE ENDOSCOPIOS • CEPILLOS PARA LIMPIEZA DE VÁLVULAS DE ENDOSCOPIOS • PINZAS PARA BIOPSIAS POR COLONOSCOPIA • PINZAS PARA BIOPSIAS POR ESOFAGOGASTROSCOPIAS • ASAS PARA POLIPECTOMIAS ENDOSCÓPICAS • INYECTORES PARA ESCLEROSIS • GEL AISLANTE PARA USO DE PLACA DE UNIDAD ELECTRO QUIRÚRGICA: FRASCO 500 ML(GARANTIZARA EL NUMERO NECESARIO DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO) • PANTALONETAS COLONOSCOPIA Y RECTOSIGMOIDOSCOPIA • PROTECTORES BUCALES Y FACIALES Y BATAS DE PROTECCIÓN ANTI FLUIDOS. • Y EN GENERAL TODO LO REQUERIDO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.

ACLARACIONES

En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE CORREO ELECTRONICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTAQBLECIDOS EN EL PROCESO AL CORREO: comprasrednorte@gmail.com
ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT PERSONA JURÍDICA - SARLAFT PERSONA NATUTAL ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA

APROBACIÓN

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

ANEXO No. 01

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
compras@subrednorte.gov.co
comprasrednorte@gmail.com
CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
Bogotá D.C

Referencia: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

Nosotros los suscritos:_____(Nombre del proponente) de acuerdo lo establecido en la invitación a cotizar, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:
Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.
Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación a cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
Así mismo declaro que:
No nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.
Que la cotización tiene un valor total de _____.
Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.
Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente al servicio de gastroenterología.
Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO No. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

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

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

Ciudad y fecha_____

Nota: la presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese cargo y se enuncie en la respectiva cámara de comercio.
En caso que la empresa tenga menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO No 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (fecha)

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

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

1. No ofrecer ni dar sobornos ni dar o entregar cualquier otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario, miembro, trabajador o subcontratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., o cualquier otro funcionario del Estado que tenga o haya tenido que ver con el proceso, en relación con su propuesta.

2. No permitir que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independiente incurra en las conductas indicadas en el numeral anterior.

3. Impartir instrucciones a todos sus empleados, subcontratistas y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso.

4. No efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como consecuencia la colusión del proceso o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación del contrato.

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

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

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

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

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

2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL		NIT	

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)

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

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO/FAX

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA				
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	CUAL:	

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	(SI) ☐ (NO) ☐	RENTA/CREE	(SI) ☐ (NO) ☐	IVA	(SI) ☐ (NO) ☐	ICA	CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR		SI ☐	NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☐

3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐	NO ☐
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER 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:

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

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ C.E. ☐ .I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ .I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ .I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ .I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)

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

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: **SI** ☐ **NO** ☐

IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ REDESCUENTO ☐

OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐

PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ OTRA ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO 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":

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

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

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

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

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. **6.** Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

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

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

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

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

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

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

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

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

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

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

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

2. Que conforme a 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: **9.1. AUTORIZACIÓN**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades 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 juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

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

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.

10. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-24-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 4
		FECHA: 03/12/2018

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			

PASAPORTE	OTRO	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNIÓN LIBRE VIUDO(A)			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER POSGRADO UNIVERSITARIO BACHILLER PRIMARIA TÉCNICO TECNÓLOGO OTRO CUAL:	

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
		PROPIA FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			

PASAPORTE	OTRO	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD:

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA	

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI	IVA	SI	NO	CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA
		NO	ICA	SI	NO	PRINCIPAL: SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	AGENTE RETENEDOR	SI	NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	NO

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI NO	SI NO	

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO COMERCIAL SERVICIOS SALUD	NUMERO DE NIT

EXPORTACIONES AGRÍCOLA ENERGÉTICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGÍA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

7. REFERENCIAS PERSONALES

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

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

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

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

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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

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

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

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

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

12. CONSIDERACIONES

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

12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.
Declaro expresamente:
* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
* Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el 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, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

13. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

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

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

INVITACIÓN A COTIZAR No 076-2019 S.NTE - ANEXO No 5

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	1	Consulta	459			-
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	1	Procedimiento	3			-
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	1	Procedimiento	106			-
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR , HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	394			-
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	1	Procedimiento	8			-
6	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCION DE CALCULOS DE VIAS BILIARES	1	Procedimiento	1			-
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	1			-
8	ANOSCOPIA	1	Procedimiento	1			-
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	1	Procedimiento	1			-
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	1	Procedimiento	10			-
11	COLONOSCOPIA TOTAL	1	Procedimiento	225			-
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	104			-
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1			-
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1			-
15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1			-
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA(ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	1			-
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	1	Procedimiento	1			-
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	1	Procedimiento	1			-
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	1	Procedimiento	43			-
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	1	Procedimiento	1			-
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN *	1	Procedimiento	1			-
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	1	Procedimiento	1			-

INVITACIÓN A COTIZAR No 076-2019 S.NTE - ANEXO No 5

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO *	1	Procedimiento	2			-
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	1	Procedimiento	30			-
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	1	Procedimiento	1			-
26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	1	Procedimiento	1			-
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	1	Procedimiento	1			-
28	ULTRASONOGRFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	1	Procedimiento	1			-
29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS PIGTAIL,DILATADOR,CISTOTOMO) *	1	Procedimiento	1			-
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	1	Procedimiento	1			-
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	1	Procedimiento	6			-
32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	1	Procedimiento	1			-
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	1	Procedimiento	1			-
34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	1	Procedimiento	1			-
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE SONDA DE TUNGSTENO *	1	Procedimiento	2			-
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES)	1	Procedimiento	1			-
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	1	Procedimiento	17			-
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	1	Procedimiento	1			-
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	1	Procedimiento	1			-
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	1	Procedimiento	1			-
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	1	Procedimiento	1			-
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO *	1	Procedimiento	1			-
43	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	1	Procedimiento	1			-

INVITACIÓN A COTIZAR No 076-2019 S.NTE - ANEXO No 5

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL
44	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREATICO *	1	Procedimiento	1			-
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS DE LA VIA BILIAR *	1	Procedimiento	1			-
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA *	1	Procedimiento	1			-
47	CPRE MAS DILATACION NEUMATICA DE LA VIA BILIAR *	1	Procedimiento	1			-
48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA BILIAR *	1	Procedimiento	1			-
49	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT,DILATADORES E INSUMOS) *	1	Procedimiento	1			-
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	1	Procedimiento	2			-
51	MANOMETRIA RECTAL *	1	Procedimiento	13			-
52	PH METRIA ESOFAGICA *	1	Procedimiento	0			-
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	1	Procedimiento	1			-
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	1	Procedimiento	1			-
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	1	Procedimiento	1			-
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	1	Procedimiento	1			-
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	1	Procedimiento	1			-
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	1	Procedimiento	1			-
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	1	Procedimiento	1			-
					TOTAL		-

NOTA: El valor total de la propuesta no podra superar el valor del presupuesto para el presente proceso se aclara que el dato de consumo promedio mensual es un dato informativo y no se tiene en cuenta para la evaluación de la propuesta.
Por esta razón el oferente debe cotizar cada procedimiento por la CANTIDAD (1)

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
Nombre de la empresa
NIT

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. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

Fecha de Solicitud D/M/A	16 de Mayo de 2019		Fecha de Recibido D/M/A	

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	NANCY STELLA TABARES	
Proceso:	SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Correo Electrónico y teléfono	subservicios@subrednorte.gov.co	
PAA( ) PROYECTO ( )	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	DIRECCION DE SERVICIO AMBULATORIO

OBJETO A CONTRATAR

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLOGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

La Subred Norte ESE, tiene habilitado el servicio de gastroenterología, el cual es ofertado para la población subsidiada, contributiva, participante vinculada y particular de las localidades en las que tiene injerencia de acuerdo a la contratación que la Institución tiene con el Fondo Financiero Distrital de Salud y las diferentes EAPB, por lo anterior y en razon a que la Institución no cuenta con el recurso tecnológico, logístico y humano que permita dicha prestación , es necesario convocar a los interesados a prestar un servicio integral de gastroenterología dentro de los mejores estándares de calidad técnico científico y humano, en virtud de la alta demanda del mismo y el carácter prioritario que tiene, identificando dentro de la ruta de atención, la necesidad de continuar prestándolo en las USS de la Subred Norte ESE.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	1	Consulta	459	NA		
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	1	Procedimiento	3	NA		
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	1	Procedimiento	106	NA		
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR , HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	394	NA		
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	1	Procedimiento	8	NA		
6	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCION DE CALCULOS DE VIAS BILIARES	1	Procedimiento	1	NA		
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	1	NA		
8	ANOSCOPIA	1	Procedimiento	1	NA		
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	1	Procedimiento	1	NA		
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	1	Procedimiento	10	NA		
11	COLONOSCOPIA TOTAL	1	Procedimiento	225	NA		
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	104	NA		
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1	NA		
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1	NA		
15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1	NA		
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA(ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	1	NA		
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	1	Procedimiento	1	NA		
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	1	Procedimiento	1	NA		
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	1	Procedimiento	43	NA		
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	1	Procedimiento	1	NA		
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN *	1	Procedimiento	1	NA		
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	1	Procedimiento	1	NA		
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO *	1	Procedimiento	2	NA		
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	1	Procedimiento	30	NA		
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	1	Procedimiento	1	NA		
26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	1	Procedimiento	1	NA		
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	1	Procedimiento	1	NA		
28	ULTRASONOGRFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	1	Procedimiento	1	NA		
29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS PIGTAIL,DILATADOR,CISTOTOMO) *	1	Procedimiento	1	NA		
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	1	Procedimiento	1	NA		
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	1	Procedimiento	6	NA		

860
20-05-19
8:50 am

32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	1	Procedimiento	1	NA		
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	1	Procedimiento	1	NA		
34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS	1	Procedimiento	1	NA		
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE SONDA DE TUNGSTENO *	1	Procedimiento	2	NA		
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO	1	Procedimiento	1	NA		
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	1	Procedimiento	17	NA		
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	1	Procedimiento	1	NA		
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	1	Procedimiento	1	NA		
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX)	1	Procedimiento	1	NA		
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	1	Procedimiento	1	NA		
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO *	1	Procedimiento	1	NA		
43	CPRE MAS INSERCION ENDOSCCPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	1	Procedimiento	1	NA		
44	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREATICO *	1	Procedimiento	1	NA		
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS DE LA VIA BILIAR *	1	Procedimiento	1	NA		
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA *	1	Procedimiento	1	NA		
47	CPRE MAS DILATACION NEUMATICA DE LA VIA BILIAR *	1	Procedimiento	1	NA		
48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA BILIAR *	1	Procedimiento	1	NA		
49	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT,DILATADORES E INSUMOS) *.	1	Procedimiento	1	NA		
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	1	Procedimiento	2	NA		
51	MANOMETRIA RECTAL *	1	Procedimiento	13	NA		
52	PH METRIA ESOFAGICA *	1	Procedimiento	0	NA		
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	1	Procedimiento	1	NA		
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	1	Procedimiento	1	NA		
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	1	Procedimiento	1	NA		
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	1	Procedimiento	1	NA		
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	1	Procedimiento	1	NA		
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	1	Procedimiento	1	NA		
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	1	Procedimiento	1	NA		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI X NO___

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

Anexo No 1. Insumos
Anexo No 2 Condiciones Técnicas

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

TÉCNICOS X	ECONÓMICOS X	OTROS	CUALES:

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA

SI	NO X

GARANTIAS DEL CONTRATO

Patrimonio Autónomo ☐	Póliza Seriedad de la Oferta X	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes ☐	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones X	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares ☐
Garantía Bancaria ☐	Póliza Cumplimiento del Contrato X	Póliza Estabilidad de Obra ☐	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual X	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 EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.

4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .

5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.

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

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

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

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

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

ESPECÍFICAS: (Anexo No 3 Obligaciones)
1. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato.
2. Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos.
3. Presentar y dar cumplimiento a los planes de mejora que sean exigidos por la Supervisión Técnica, el área de calidad y diferentes entes institucionales.
4. Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución
5. 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.
6. Humanización: el equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad d 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).
7. 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.
8. 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.
9. Diligenciar los diferentes formatos de la historia clínica que tenga la institución, con cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 del ministerio de salud.
10. El oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura.
11. La subred 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.
12. El contratista deberá contar permanentemente con todos los elementos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados y grabadoras.
13. Los servicios deberán ser ofertados de la siguiente manera:

- De forma permanente en la unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar,
- En las Unidades de Suba y Engativá deberán ser ofertados durante mínimo tres días a la semana.
- Servicios de consulta externa y procedimientos ambulatorios de Gastroenterología Adulto en la Unidad de Chapinero, con la frecuencia que la institución requiera y de acuerdo a la demanda del servicio.
- En el área de Gastroenterología Pediátrica el oferente presentara la propuesta de servicio requerida de acuerdo a demanda.

14. El oferente se compromete a realizar un seguimiento posterior al procedimiento realizado en un lapso no mayor a 24 horas, que no contara como interconsulta, debidamente registrado en la Historia Clínica del paciente.
15. El oferente deberá relacionar en los informes presentados cada uno de los procedimientos realizados, los cuales deberán ser acordes a los solicitados por el médico tratante
16. Las imágenes diagnosticas que surgen de los procedimientos deberán reposar dentro del servicio en un archivo de acuerdo a los tiempos fijados en él artículo 15 de la resolución o podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.
17. Todos los servicios deberán cumplir criterios de oportunidad y calidad descritos en factores habilitantes
18. De otro lado los posibles proponentes deberán garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos disponiendo de un plan de contingencia (plan espejo) que implique la toma del estudio solicitado en las mismas condiciones de la oferta original, en una sede alterna y en caso estrictamente necesario o la disposición de equipos y recurso humano de respaldo en un plazo no mayor a seis (6) horas

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)

UN MES

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.

Firmas	**Nombre y Firma del solicitante:**	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILETH CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	NANCY STELLA RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente (E):	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	Mayo 21/19

Observaciones:

ANEXO No 1 INSUMOS

INSUMOS, DISPOSITIVOS Y CONSUMIBLES Los posibles proponentes dispondrán de un stock mínimo de insumos dentro del servicio para el correcto funcionamiento operativo y garantizara la calidad de todos sus productos.

LISTADO DE INSUMOS

El proponente deberá proveer los siguientes insumos para la prestación del servicio:

- Bandejas para inmersión
- Cepillos para limpieza de canales de endoscopios
- Cepillos para limpieza de válvulas de endoscopios
- Pinzas para biopsias por colonoscopia
- Pinzas para biopsias por esofagogastroscopias
- Asas para Polipectomias endoscópicas
- Inyectores para esclerosis
- Gel aislante para uso de placa de unidad electro quirúrgica: frasco 500 ml(garantizara el numero necesario durante la prestación del servicio)
- Pantalonetas colonoscopia y Rectosigmoidoscopia
- Protectores bucales y faciales y batas de protección anti fluidos.
- y en general todo lo requerido para la realización de los procedimientos.

Los Medicamentos necesarios para la realización de procedimientos serán provistos por la institución.

ANEXO TÉCNICO No 2

SERVICIOS A OFERTAR

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad (DATO INFORMATIVO)
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	Consulta	459
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	Procedimiento	3
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	Procedimiento	106
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR , HEMOCLIPS)	Procedimiento	394
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	Procedimiento	8
6	ENDOSCOPIA MAS ESCISION ENDOSCOPICA DE POLIPOS GASTRICOS	Procedimiento	1
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	1
8	ANOSCOPIA	Procedimiento	1
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	Procedimiento	1
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	Procedimiento	10
11	COLONOSCOPIA TOTAL	Procedimiento	225
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	104
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	1
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	1

15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	1
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA(ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	1
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	Procedimiento	1
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	Procedimiento	1
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	Procedimiento	43
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	Procedimiento	1
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN *	Procedimiento	1
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	Procedimiento	1
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO *	Procedimiento	2
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	Procedimiento	30
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	Procedimiento	1
26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	Procedimiento	1
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	Procedimiento	1
28	ULTRASONOGRFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	Procedimiento	1
29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS PIGTAIL,DILATADOR,CISTOTOMO) *	Procedimiento	1
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	Procedimiento	1
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	Procedimiento	6
32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	Procedimiento	1
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	Procedimiento	1

34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	Procedimiento	1
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE SONDA DE TUNGSTENO *	Procedimiento	2
}			
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES)	Procedimiento	1
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	Procedimiento	17
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	Procedimiento	1
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	Procedimiento	1
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	Procedimiento	1
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	Procedimiento	1
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO *	Procedimiento	1
43	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	Procedimiento	1
44	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREATICO *	Procedimiento	1
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	1
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA *	Procedimiento	1
47	CPRE MAS DILATACION NEUMATICA DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	1
48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	1
49	CPRE MAS INSERCION ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT,DILATADORES E INSUMOS) *	Procedimiento	1
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	Procedimiento	2

51	MANOMETRIA RECTAL *	Procedimiento	13
52	PH METRIA ESOFAGICA *	Procedimiento	0
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	Procedimiento	1
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	Procedimiento	1
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	Procedimiento	1
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	Procedimiento	1
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	Procedimiento	1
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	Procedimiento	1
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	Procedimiento	1

DOCUMENTOS DE CARÁCTER TÉCNICO - FACTOR HABILITADOR

Para la verificación de la capacidad técnica se tendrá en cuenta el cumplimiento de los requisitos habilitantes establecidos en la presente Convocatoria.

A esta evaluación **NO** se le asignará puntaje, su resultado será **HABILITADO o NO HABILITADO**.

FACTORES HABILITANTES

Los posibles proponentes deberán proveer los equipos y el recurso humano necesarios para la demanda proyectada del servicio en condiciones de calidad y oportunidad. En la solicitud realizada para esta invitación a cotizar, se discrimina las actividades promedio mes a realizar con la observación de que, acorde con las expectativas actuales, dicha producción puede verse aumentada en los próximos meses por lo que de común acuerdo con el **SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD** y el supervisor del contrato se solicitará a la Gerencia y demás áreas pertinentes la aprobación de las modificaciones presupuestales correspondientes.
Es importante aclarar que el portafolio de servicios de los posibles proponentes debe disponer del listado de actividades y procedimientos especificados en el anexo No 1 para cubrir la demanda potencial del servicio para que en estas condiciones, la institución pueda ofertar un completo portafolio de servicios y brindar servicios con la mayor complementariedad e integralidad posibles.

RECURSO HUMANO

Los posibles proponentes deberán garantizar la disponibilidad del recurso humano profesional para la prestación de servicios con criterios de oportunidad, continuidad, integralidad, seguridad y competencia profesional ajustando las agendas de los profesionales a los requerimientos de la institución para la cobertura de los servicios de consulta externa y procedimientos en cada una de las UPSS que componen la Subred Norte ESE donde se prestará el servicio, ceñidos a la política de calidad, dando aplicación a los procesos y guías médicas.
Para la verificación de las condiciones del personal, los posibles proponentes acreditarán la idoneidad y experiencia exigida allegando con la propuesta las hojas de vida del equipo profesional con el cual se ejecutarán las actividades, anexando para el perfil requerido los siguientes documentos:

A) PERSONAL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA SERVICIO ADULTO Y PEDIATRICO.

- Especialistas en el área de gastroenterología suficientes para cubrir los servicios y que permitan el cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos y que hacen parte de la presente convocatoria:
- 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).
- Título profesional de Gastroenterología otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado)
- Tarjeta profesional y/o registro médico expedida por la Secretaria Distrital de Salud.
- Todos los profesionales deben contar con un mínimo de un año de experiencia certificada en el ejercicio de su profesión.
- Los especialistas y subespecialistas que hayan cursado sus estudios de pregrado y posgrado en el exterior deben contar con validación ante el ministerio de educación.
- Para los procedimientos que requieran Sedación, el proponente deberá contar con profesional especialista en Anestesiología y/o Medico General con certificación, los cuales deberán cumplir con los requisitos normativos exigidos por la Ley.
- Soporte de Inscripción al MIPRES como prescriptor.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, proveerá el personal requerido para:

- proceso de asignación de citas , procedimientos y facturación
- Auxiliares de Enfermería de apoyo en el servicio
- Enfermera Jefe de Servicio, en las unidades de atención que sean necesarias para la prestación del servicio de Gastroenterología y que hayan sido pactadas con el proveedor.

El proveedor podrá aportar personal auxiliar de enfermería y deberá anexar hoja de vida con los títulos técnicos y la documentación normativa de cada uno de ellos.

EVALUACIÓN TECNICA- FACTORES CALIFICABLES

Se presentará por el oferente una propuesta técnica en físico y medio magnético USB que deberá contener como mínimo los siguientes documentos y requisitos Calificables así:

FACTORES DE EVALUACION TECNICA	CALIFICACION
EXPERIENCIA DEL OFERENTE-CALIFICABLE	250 PUNTOS
ESPECIFICACIONES EQUIPOS	250PUNTOS
TOTAL	**500 PUNTOS**

2. EXPERIENCIA CALIFICABLE (250) puntos

El proponente deberá presentar certificaciones de experiencia ejecutados en los últimos 5 años que tengan relación directa con la prestación del servicio de gastroenterología , donde la sumatoria acredite un valor de 4.000 SMMLV los cuales serán evaluados de la siguiente manera:

Certificaciones entre 1 y 1000 SMMLV: 100 Puntos
Certificaciones entre 1001 y 2000 SMMLV: 150 Puntos.
Certificaciones entre 2001 y 3000 SMMLV: 200 Puntos
Certificaciones entre 3001 y 4000 SMMLV: 250 Puntos.

Las certificaciones deben contener la siguiente información:

A. Nombre o razón social del contratante.
B. Nombre o razón social del contratista.
C. Fecha de iniciación y de terminación.
D. Objeto del contrato.
E. Valor del Contrato

La verificación de la experiencia de los proponentes se realizará en el Registro Único de Proponentes conforme al Decreto 1082 de 2015.
La Subred Integrada De Servicios de Salud Norte ESE se reserva el derecho de verificar la información suministrada en estas certificaciones.

ESPECIFICACIONES EQUIPOS (250 PUNTOS)

Los posibles proponentes deben describir en la oferta los equipos necesarios para el desarrollo de las actividades de consulta de gastroenterología y la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que complementen los existentes en la Subred Norte ESE, los cuales deberán contar con tecnología que garantice la calidad en la prestación del servicio; para efectos de verificación y evaluación, aportará:

1. Las hojas de vida de los equipos biomédicos propuestos
2. La póliza donde se amparan contra todo riesgo
3. Las hojas de vida de los ingenieros encargados del mantenimiento de los equipos.

La instalación, soporte técnico y mantenimiento de los equipos de propiedad del proponente estarán a cargo de este y deben contar con la protección eléctrica requerida, 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 obligarán a contar con cronograma de mantenimientos preventivo de los mismos.

La hoja de vida de los equipos deberá contener las características del equipo como: Marca, Modelo, Serie, Tipo de equipo, Estado, Historial de mantenimiento correctivo y preventivo, así como cualquier otra característica que defina el área de ingeniería biomédica de la Subred Norte ESE.

Los equipos con los que cuenta La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E son los siguientes:

EQUIPOS DE LA SUBRED NORTE

USS	EQUIPO	MARCA
ENGATIVA	COLONOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	COLONOSCOPIO	FUJIFILM
ENGATIVA	VIDEODUODENOSCOPIO	FUJIFILM
ENGATIVA	ENDOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	ENDOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	ENDOSCOPIO	OLYMPUS
ENGATIVA	VIDEOGASTROCOPIO	FUJIFILM
ENGATIVA	FUENTE DE LUZ	FUJIFILM
ENGATIVA	LAVADOR DE PINZAS ULTRASONICO	OLYMPUS
ENGATIVA	MONITOR DE SIGNOS VITALES	MINDRAY
ENGATIVA	BÁSCULA	SOHENLE
ENGATIVA	SUCCIONADOR	THOMAS MEDI PUMP
ENGATIVA	PROCESADOR DE VIDEO	FUJIFILM
ENGATIVA	TENSIÓMETRO	SPHYGMOMANOMETER
ENGATIVA	TORRE DE ENDOSCOPIA	OLYMPUS
ENGATIVA	UNIDAD ELECTROQUIRÚRGICA	OLYMPUS
SUBA	TORRE DE ENDOSCOPIA	FUJIFILM
SUBA	COLONOSCOPIO	FUJIFILM
SUBA	GASTROENDOSCOPIO	FUJIFILM
SUBA	DUODENOSCOPIO	FUJIFILM

De acuerdo con los anterior el proveedor se hará cargo de los mantenimientos correctivos y preventivos de los equipos de la institución que son específicos del servicio de los cuales hacen uso.

Adicional a ello de acuerdo con la disponibilidad y la producción proyectada, se requieren como mínimo los siguientes equipos que deberán ser proveídos por los posibles proponentes:

- Dos Videos gastroscopios
- Dos videos colonoscopios
- Un Video enteroscopio
- Un Video duodenoscopio
- Seis Succionadores
- Cinco Monitor de signos vitales
- Un anoscopios
- Un equipo para irrigación de canales de endoscopio.
- Un Arco en C
- Y los demás que se requieran para garantizar la integralidad del servicio en la Subred Norte.

Para calificar el componente de especificaciones tecnológicas. Es necesario adjuntar diligenciado el formato de hoja de vida equipos biomédicos de la institución el cual hará parte de la propuesta para la calificación por parte de Ingeniería Biomédica de la institución.

Se ponderará el componente antigüedad con 250 puntos de la siguiente manera

• Dos Video gastroscopios:	15 puntos por cada uno
• Dos Videos colonoscopios	15 puntos por cada uno
• Un Video enteroscopio	15
• Un Video duodenoscopio	15
• Seis Succionadores	10 puntos por cada uno
• Cinco Monitor de signos vitales	10 puntos por cada uno
• Un Anoscopios	15
• Un equipo para irrigación de canales de endoscopio.	15
• Un Arco en C	20

ANEXO No 3 OBLIGACIONES

Obligaciones específicas:

1. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato.
2. Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos.
3. Presentar y dar cumplimiento a los planes de mejora que sean exigidos por la Supervisión Técnica, el área de calidad y diferentes entes institucionales.
4. Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución
5. 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.
6. Humanización: el equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad d 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).
7. 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.
8. 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.
9. Diligenciar los diferentes formatos de la historia clínica que tenga la institución, con cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 del ministerio de salud.
10. El oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura.
11. La subred 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.
12. El contratista deberá contar permanentemente con todos los elementos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados y grabadoras.
13. Los servicios deberán ser ofertados de la siguiente manera:

- De forma permanente en la unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar,

- En las Unidades de Suba y Engativá deberán ser ofertados durante mínimo tres días a la semana.
- Servicios de consulta externa y procedimientos ambulatorios de Gastroenterología Adulto en la Unidad de Chapinero, con la frecuencia que la institución requiera y de acuerdo a la demanda del servicio.
- En el área de Gastroenterología Pediátrica el oferente presentara la propuesta de servicio requerida de acuerdo a demanda.

14. El oferente se compromete a realizar un seguimiento posterior al procedimiento realizado en un lapso no mayor a 24 horas, que no contara como interconsulta, debidamente registrado en la Historia Clínica del paciente.
15. El oferente deberá relacionar en los informes presentados cada uno de los procedimientos realizados, los cuales deberán ser acordes a los solicitados por el médico tratante
16. Las imágenes diagnosticas que surgen de los procedimientos deberán reposar dentro del servicio en un archivo de acuerdo a los tiempos fijados en él artículo 15 de la resolución o podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.
17. Todos los servicios deberán cumplir criterios de oportunidad y calidad descritos en factores habilitantes
18. De otro lado los posibles proponentes deberán garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos disponiendo de un plan de contingencia (plan espejo) que implique la toma del estudio solicitado en las mismas condiciones de la oferta original, en una sede alterna y en caso estrictamente necesario o la disposición de equipos y recurso humano de respaldo en un plazo no mayor a seis (6) horas

CRITERIOS DE OPORTUNIDAD

El proponente deberá dar cumplimiento a las especificaciones de oportunidad que a continuación se describen:

- Consulta médica especializada menor a 15 días.
- Interconsulta médica especializada menor a 48 horas INCLUIDOS DÍAS NO HABILES
- Considerando que la Institución oferta el servicio en varias sedes, se ubicara al usuario en la sede definida para la ubicación del especialista disponible para el servicio.
- Procedimientos endoscópicos programados ambulatorios menor a 15 días
- Procedimientos endoscópicos urgentes menor a 24 horas.
- Procedimientos especiales menor a 72 horas

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
Subgrerente de Prestación de Servicios de Salud.

Proyectó: Patricia A. Pérez U.

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. 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 ALTA	3 MEDIA ALTA	2 MEDIA BAJA	1 BAJA	4 ALTA	3 MEDIA ALTA	2 MEDIA BAJA	1 BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Posible fluctuación de los precios de los insumos y desabastecimiento de los mismos			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			NO APLICA
OPERACIONAL:	La demanda del servicio supere el presupuesto asignado .			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Se dificulte La consecución de los recursos para continuar las operaciones del servicio			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Que ocurran cambios en la habilitación que impliquen inversiones no presupuestadas desde el principio.			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Revisar permananetemente la normatividad vigente para el servicio
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									0			NO APLICA
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras									0			NO APLICA
TECNOLÓGICO:	Ingreso de nuevos desarrollos tecnologicos que impliquen la obsolecencia de los equipos con los que se lleva a cabo la operación del servicio			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	Patricia A. Pérez Urrego
Correo Electrónico	subservicios01@subrednorte.gov.co
Cargo:	Apoyo Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud
Fecha Elaboración d/m/a	21-may-19

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Mayo 23 De 2019 CDP. No. 1004

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

COPIA

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 23201030400000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 232010304
NOMBRE RUBRO.....: ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 875,200,000.00
SALDO DE APROPIACION : 875,200,000.00

EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERV. GASTROENTEROLOGIA PARA LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 300,000,000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 300,000,000.00
TRESCIENTOS 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: .00
S CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 575,200,000.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (223) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO