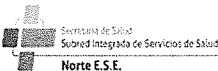


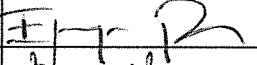
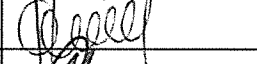
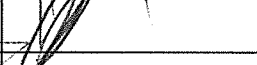
	INVITACIÓN A COTIZAR				CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
FECHA : 12/06/2018					
INVITACIÓN A COTIZAR No. 151-2019 S.NTE					
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FÍSICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica
1	SILLAS DE RUEDAS	UNIDAD	57	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
2	SILLAS RECLINABLES	UNIDAD	240	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
3	TAMDEN	UNIDAD	60	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
4	CASILLEROS	UNIDAD	40	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
5	CORTINAS - Riel tipo U	ml	1	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
6	CORTINAS - Curvas	UNIDAD	1	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
7	CORTINAS - Cortina tipo hospitalario antilfluidos	m2	1	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
8	DISPENSADOR DE AGUA	UNIDAD	30	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
9	BOTELLONES DE AGUA	UNIDAD	360	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		8/11/2019			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 13/11/2019 Hora: Hasta las 2:00 pm. Por la Plataforma SECOP II			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 13/11/2019 Hora: 2:20 PM Por la Plataforma SECOP II			
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 13/11/2019 y 14/11/2019			
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		15/11/2019			
SUBSANACION Y OBSERVACIONES		18/11/2019 Hasta las 12:00 pm.			
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.			

	INVITACIÓN A COTIZAR	CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4
		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>151-2019 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FÍSICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.	
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE		
JURÍDICOS: 1. ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) 5. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8. 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% 9. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 13. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 14. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. 15. CERTIFICACIÓN BANCARIA PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL 16. OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRENTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. A FAVOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NIT. 900.971.006-4. 17. RUP. (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES). ACTUALIZADO VIGENCIA 2018. CON INFORMACIÓN DE CIERRE CONTABLE DEL AÑO 2018.		
SARLAFT EMPRESA 1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD). 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.		
NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.		
FINANCIEROS: 1 BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2018. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR PÚBLICO Y /O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y 2 ESTADO DE RESULTADOS APORTADO.		
NOTA: LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEBE SER CONSECUENTE CON LA ESTIPULADA EN EL RUP		
TÉCNICOS: HABILITANTES 1 FORMATO DILIGENCIADO DEL ANEXO TÉCNICO N°10 DEL MOBILIARIO CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.		

	INVITACIÓN A COTIZAR		CODIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
			PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>151-2019 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ÍTEMES RELACIONADOS EN LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FÍSICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.			
2 GARANTÍA DEL MOBILIARIO SEGUN ANEXO TÉCNICO N°10. 3 INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. 4 REGISTROS SANITARIOS: SE DEBE ANEXAR COPIA NÍTIDA Y LEGIBLE DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE DE LAS SILLAS DE RUEDAS				
ECONÓMICOS:				
1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMES A CONTRATAR. (ANEXO No. 6 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 3. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. 4. LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.				
CRITERIOS DE EVALUACIÓN				
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.			
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.			
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO			
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE: PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) FACTORES EVALUADOS. A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$ B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}}$ C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$			
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN A LA INVITACIÓN.			
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	TRESCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS M/Cte (\$310,000,000) VEINTE MILLONES DE PESOS M/Cte (\$20,000,000) PARA UN TOTAL DE: TRESCIENTOS TREINTA MILLONES DE PESOS M/Cte (\$330,000,000)		No.	1989-1990
Rubro Presupuestal	MATERIALES Y SUMINISTROS MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		Fecha del CDP	30/09/2019

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
PÁGINA : 1 DE 2				
FECHA : 12/06/2018				
INVITACIÓN A COTIZAR No. 151-2019 S.NTE				
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FÍSICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.			
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO				
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		Plazo de ejecución	3 MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de exigibilidad	A) 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.			
	B) 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.			
	C) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.			
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS SOLICITADOS. 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.			

	INVITACIÓN A COTIZAR	CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4
		PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>151-2019 S.NTE</u>		
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FÍSICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.	
Obligaciones del Contratista	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 5 PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.	
	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. REALIZAR LA ENTREGA DEL MOBILIARIO EN LA FECHA, LUGAR, Y HORA REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	
	2. CUMPLIR CON EL SUMINISTRO OPORTUNO Y COMPLETO DEL MOBILIARIO, CON LA CALIDAD Y LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.	
	3. ASUMIR LOS GASTOS DE TRANSPORTE, EMBALAJE Y LOGÍSTICA REQUERIDOS PARA REALIZAR LA ENTREGA DEL MOBILIARIO EN EL LUGAR QUE SOLICITE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	
	4. REALIZAR LA ENTREGA EN EL EMBALAJE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE PRODUCTO Y RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE.	
	5. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA RECEPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS: CARTA DE GARANTÍA, CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CERTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE CONFORMIDAD.	
	6. CAMBIAR A SUS EXPENSAS EL BIEN QUE PRESENTE DEFECTOS DE CALIDAD POR FABRICACIÓN.	
	7. DAR CUMPLIMIENTO A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN EL PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL, LOS PLANES DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE CADA SEDE, PLANES DE GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS - PGIRESPER DE CADA SEDE Y PLANES DE ACCIÓN INTERNO PARA EL APROVECHAMIENTO DE LOS RESIDUOS DE CADA SEDE; Y TODOS LOS PROPONENTES DEBEN ANEXAR UNA CARTA DE CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2676/00 Y RESOLUCIÓN 1164/02 DEL MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE, SOBRE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, QUE PERMITA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS SOBRE LAS INSTALACIONES Y DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE LA ESE QUE LO REQUIERA.	
	ACLARACIONES	
	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO.	
	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 3: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 4: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 5: SARLAFT EMPRESA ANEXO 6: PROPUESTA ECONOMICA ANEXO 10: TECNICO	

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>151-2019 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCIÓN TÉCNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FÍSICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.		
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 Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

Bogotá (fecha)

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras
Bogotá D.C

REFERENCIA: Propuesta para la "La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para la invitación: 151-2019 S.NTE "COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACION Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCION TECNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SSALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FISICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.

ORIGINAL _____ Folios
ANEXOS _____ Folios, MEDIOS MAGNÉTICOS _____

Nombre del Proponente: Nombre de la Persona Natural. Jurídica, Consorcio o Unión Temporal
Representante Legal:
Dirección:
Teléfono:
Fax:
Correo electrónico:

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: COMPRA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACION Y URGENCIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE COMPRA LOS ITEMS RELACIONADOS EN LA DESCRIPCION TECNICA PARA LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SSALUD NORTE E.S.E. CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD EN AMBIENTE FISICO TANTO DE LOS COLABORADORES COMO NUESTROS USUARIOS.

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

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

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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

FIRMA

Nombre de Quien Firma

Cédula de Ciudadanía No.

En Calidad de

Ciudad y Fecha _____

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

ANEXO 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

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

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO																																				
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____																																				
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)																																				
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____																																				
2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA																																				
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:20%;">RAZÓN SOCIAL</td> <td style="width:30%;">PRIMER APELLIDO</td> <td style="width:30%;">SEGUNDO APELLIDO</td> <td style="width:20%;">NIT</td> </tr> <tr> <td>REPRESENTANTE LEGAL:</td> <td colspan="3">NOMBRES</td> </tr> <tr> <td>CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐</td> <td>CEDULA DE CIUDADANÍA ☐</td> <td>NUMERO:</td> <td>LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)</td> </tr> <tr> <td>FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD</td> <td>LUGAR NACIMIENTO</td> <td>DEPARTAMENTO</td> <td>NACIONALIDAD (1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NACIONALIDAD (2)</td> </tr> <tr> <td>DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL</td> <td>PAÍS</td> <td>DEPARTAMENTO</td> <td>CIUDAD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TELÉFONO/FAX</td> </tr> <tr> <td>CORREO ELECTRÓNICO:</td> <td colspan="3">PORTAL/PAGINA INTERNET:</td> </tr> <tr> <td>DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA</td> <td>DEPARTAMENTO/ CIUDAD</td> <td>PAÍS</td> <td>TELÉFONO/FAX</td> </tr> </table>	RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIT	REPRESENTANTE LEGAL:	NOMBRES			CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)				NACIONALIDAD (2)	DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD				TELÉFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:			DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX
RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIT																																	
REPRESENTANTE LEGAL:	NOMBRES																																			
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)																																	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)																																	
			NACIONALIDAD (2)																																	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD																																	
			TELÉFONO/FAX																																	
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:																																			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX																																	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)																																				
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____																																				
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:15%;">INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE</td> <td style="width:10%;">SI ☐</td> <td style="width:10%;">RENTA/CREE</td> <td style="width:10%;">SI ☐</td> <td style="width:10%;">IVA</td> <td style="width:10%;">SI ☐</td> <td style="width:10%;">ICA</td> <td style="width:10%;">SI ☐</td> <td style="width:20%;">CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO ☐</td> <td></td> <td>NO ☐</td> <td></td> <td>NO ☐</td> <td></td> <td>NO ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GRAN CONTRIBUYENTE</td> <td>SI ☐</td> <td>NO ☐</td> <td>AGENTE RETENEDOR</td> <td>SI ☐</td> <td>NO ☐</td> <td>AGENTE AUTORETENEDOR</td> <td>SI ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI ☐	RENTA/CREE	SI ☐	IVA	SI ☐	ICA	SI ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA		NO ☐		NO ☐		NO ☐		NO ☐		GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☐									
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI ☐	RENTA/CREE	SI ☐	IVA	SI ☐	ICA	SI ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA																												
	NO ☐		NO ☐		NO ☐		NO ☐																													
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☐																												
3. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)																																				
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐ POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO SI ☐ NO ☐ POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL SI ☐ NO ☐ ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA SI ☐ NO ☐ Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:																																				
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN																																				
<table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:35%;">NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL</th> <th style="width:5%;">%</th> <th style="width:30%;">TIPO DE IDENTIFICACIÓN</th> <th style="width:30%;">NUMERO IDENTIFICACIÓN</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐</td> <td></td> </tr> </table>	NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN			C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																	
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN																																	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																																		
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																																		
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																																		
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐																																		
4. INFORMACION FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)																																				
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES</td> <td style="width:50%;">ACTIVOS TOTALES</td> </tr> <tr> <td>INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES</td> <td>PASIVOS TOTALES</td> </tr> <tr> <td>EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES</td> <td>PATRIMONIO</td> </tr> <tr> <td>EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:</td> <td></td> </tr> </table>	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:																									
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	ACTIVOS TOTALES																																			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	PASIVOS TOTALES																																			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	PATRIMONIO																																			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES																																				
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:																																				
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:																																				
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES																																				
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐																																				
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐ PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cual: _____																																				
<table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:20%;">TIPO PRODUCTO</th> <th style="width:20%;">No DEL PRODUCTO</th> <th style="width:20%;">MONTO OPERACIÓN</th> <th style="width:20%;">CIUDAD</th> <th style="width:20%;">PAÍS</th> <th style="width:20%;">MONEDA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA																														
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA																															
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS																																				
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":																																				

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):	

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento 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, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa. 4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado. 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN 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: 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) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019										
	5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, <u>(Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.											
9. FIRMA Y HUELLA SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES _____ Firma Cliente / Representante Legal Huella Índice Derecho												
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Ciudad y fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la Entrevista:		4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
1. Ciudad y fecha												
2. Nombre y Cargo de quien verifica:												
3. Lugar de la Entrevista:												
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula												

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
INVITACION A COTIZAR No. 151 - 2019
MOVILIARIO HOSPITALARIO
ANEXO No 6 ECONOMICO

Item	DESCRIPCION		ESPECIFICACION TECNICA	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO TECHO	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	
1	SILLA DE RUEDAS		1,1 Apoya brazos fijos	57	UNIDAD	20.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
			1,2 Estructura en acero de alta resistencia								
			1,3 Ruedas delanteras de 8" con rines inyectados y llanta maciza								
			1,4 Frenos de parqueo								
			1,5 Descansa pies con altura graduable								
			1,6 Tapiceria lisa y lavable								
			1,7 Capacidad de carga minimo de 100 kg								
2	SILLA RECLINIMATIC		2,1 Apoya brazos fijos	240	UNIDAD	200.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
			2,2 tapizado en vinilo con proteccion antibacterial								
			2,3 Silla mecanica, con mecanismo de reclinacion, y de pantorilla								
			2,4 Posiciones horizontales y tendelemburg								
			2,5 Medidas: Maximo de 65 cm de ancho Minimo de 140 cm de largo (espaldar, coxix y pantorrilla)								
			2,6 capacidad de carga minimo de 150 kg								
3	TAMDEM		3,1 Estructura en acero	60	UNIDAD	40.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
			3,2 Con pintura electrostatica								
			3,3 de 4 puestos								
			3,4 Espaldar y asiento en polipropileno								
4	CASILLEROS		4,1 Estructura metalica	40	UNIDAD	20.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
			4,2 Con pintura electrostatica								
			4,3 de 4 Filas * 3 Columnas								
			4,4 Con sistema de seguridad								
			4,5 con sistema de manija(para cierre y apertura)								
			4,6 rejillas de ventilacion								
5	CORTINAS	RIEL TIPO U	1	m	30.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
		CURVAS	1	UNIDAD		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
		CORTINA TIPO HOSPITALARIO	5,3 Curva de 90x90x90°	1		m2	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
	5,4 Carros o rodamientos										
	5,5 Cortinas en tela antilluvios, que impida el paso de liquidos, Color a Definir										
	5,6 Con malla que permita la aiereacion de los espacios										
	5,7 debe incluir tapas y terminales										
6	DISPENSADOR DE AGUA		6,1 Dispensador de agua fria y caliente	30	UNIDAD	20.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
			6,2 Interruptor de agua fria								
			6,3 Interruptor de agua caliente								
			6,4 Enfriamiento por compresor								
			6,5 Dispensador para botellon								
			6,6 Alimentacion electrica de 110 v								
7	BOTELLON DE AGUA		7,1 Agua potable tratada para consumo humano	360	UNIDAD	20.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
			7,2 Material policarbonato								
			7,3 Envase ecologico y reusable								
			7,4 Envase transparente								
			7,5 Libre de BPA								
			7,6 Vencimiento no menor a 2 meses								
			7,7 Diseñado para ser utilizado en cualquier dispensador								
			7,8 Minimo 18 Litros								
TOTAL									\$ -		

QUE LA PROPUESTA TIENE UN VALOR TOTAL DE \$ -

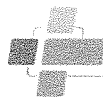
FORMA DE PAGO 90 DÍAS.

LA CANTIDAD ES DE REFERENCIA PARA PROYECTAR LOS VALORES UNITARIOS.

EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ESTA INVITACIÓN.

EMPRESA:

NIT:



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION
ANEXO No 10 TÉCNICO

N° DE FICHA

1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. NOMBRE DEL EQUIPO	SILLA DE RUEDAS ADULTO						
2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO	MARCA		MODELO		REFERENCIA		PAIS FABRICANTE:
3. UNIDADES OFERTADAS						CUMPLE SI NO	NUMERO DE FOLIO
4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	4.1	GENERALES	4.1.1 Apoya brazos fijos				
			4.1.2 Estructura en acero de alta resistencia				
			4.1.3 Ruedas delanteras de 8" con rines inyectados y llanta maciza				
			4.1.4 Frenos de parqueo				
			4.1.5 Descansa pies con altura graduable				
			4.1.6 Tapiceria lisa y lavable				
			4.1.7 Capacidad de carga minimo de 100 kg				
5. DOCUMENTACIÓN HABILITANTE	5.1	Condición de Fabricante, importador o Distribuidor.					
	5.2	Garantía del mobiliario (Mínimo 1 año)					
	5.3	Instructivo de limpieza y desinfección					
	5.4	Registros Sanitarios con sus respectivas modificaciones					
	5.5	Certificación de evaluación de conformidad					

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

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

COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION

ANEXO No 10 TÉCNICO

1. NOMBRE DEL EQUIPO		SILLA RECLINIMATIC									
2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO		MARCA		MODELO		REFERENCIA		PAIS FABRICANTE:			
3. UNIDADES OFERTADAS								CUMPLE	NUMERO DE	OBSERVACION	
								SI	NO	FOLIO	ES
4. ESPECIFICACIONES TECNICAS	4.1	GENERALES	4.1.1 Apoya brazos fijos								
			4.1.2 tapizado en vinilo con proteccion antibacterial								
			4.1.3 Silla mecanica, con mecanismo de reclinacion, y de pantorilla								
			4.1.4 Posiciones horizontales y trendelemburg								
			4.1.5 Medidas: Maximo de 65 cm de ancho								
			Minimo de 140 cm de largo (espaldar, coxis y pantorrilla)								
5. DOCUMENTACIÓN HABILITANTE	5.1	Condición de Fabricante, importador o Distribuidor.									
		Garantía del mobiliario (Mínimo 2 años)									
		Instructivo de limpieza y desinfección									

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION
ANEXO No 10 TÉCNICO

N° DE FICHA

ESPECIFICACIONES TECNICAS

1. NOMBRE DEL EQUIPO

TAMDEN

2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO

MARCA

MODELO

REFERENCIA

PAIS FABRICANTE:

3. UNIDADES OFERTADAS

CUMPLE
SI NO

NUMERO DE
FOLIO

OBSERVACIONES

4. ESPECIFICACIONES
TECNICAS

4.1

GENERALES

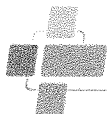
- 4.1.1 Estructura en acero
- 4.1.2 Con pintura electrostatica
- 4.1.3 de 4 puestos
- 4.1.4 Espaldar y asiento en polipropileno

5. DOCUMENTACIÓN
HABILITANTE

- 5.1 Condición de Fabricante, importador o Distribuidor.
- 5.2 Garantía del mobiliario (Mínimo 1 año)
- 5.3 Instructivo de limpieza y desinfección

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Norte E.S.E.
N° DE FICHA

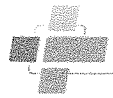
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION
ANEXO No 10 TÉCNICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1.NOMBRE DEL EQUIPO	CASILLEROS								
2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO									
	MARCA		MODELO		REFERENCIA		PAIS FABRICANTE:		
3. UNIDADES OFERTADAS							CUMPLE	NUMERO DE	OBSERVACIONES
							SI	NO	FOLIO
4. ESPECIFICACIONES TECNICAS	4.1	GENERALES	4.1.1 Estructura metalica						
			4.1.2 Con pintura electrostatica						
			4.1.3 de 4 Filas * 3 Columnas						
			4.1.4 Con sistema de seguridad						
			4.1.5 con sistema de manija(para cierre y apertura)						
			4.1.6 rejillas de ventilacion						
5. DOCUMENTACIÓN HABILITANTE	5.1	Garantía del mobiliario (Mínimo 1 año)							
	5.2	Instructivo de limpieza y desinfección							

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION
ANEXO No 10 TÉCNICO

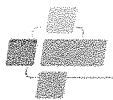
N° DE FICHA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. NOMBRE DEL EQUIPO	CORTINAS						
2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO	MARCA		MODELO		REFERENCIA		PAIS FABRICANTE:
3. UNIDADES OFERTADAS							CUMPLE SI NO
4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	4.1	RIEL TIPO U	GENERALES	4.0.1 El riel tipo U o Tip Top, de tráfico pesado en aluminio de alta resistencia 4.0.2 Union de rieles 4.0.3 Curva de 90x90x90° 4.0.4 Carros o rodamientos 4.0.5 Cortinas en tela antilíquidos, que impida el paso de líquidos. Color a Definir 4.0.6 Con malla que permita la aireación de los espacios 4.0.7 debe incluir tapas y terminales			
	4.2	CURVAS					
	4.2	CORTINA TIPO HOSPITALARIO					

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION
ANEXO No 10 TÉCNICO

N° DE FICHA

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

1. NOMBRE DEL EQUIPO

BOTELLON DE AGUA

2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO

MARCA

MODELO

REFERENCIA

PAIS FABRICANTE:

3. UNIDADES OFERTADAS

CUMPLE
SI NO

NUMERO DE
FOLIO

OBSERVACIONES

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

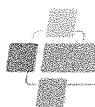
4.1

GENERALES

- 4.1.1 Agua potable tratada para consumo humano
- 4.1.2 Material policarbonato
- 4.1.3 Envase ecologico y reusable
- 4.1.4 Envase transparente
- 4.1.5 Libre de BPA
- 4.1.6 Vencimiento no menor a 2 meses
- 4.1.7 Diseñado para ser utilizado en cualquier dispensador
- 4.1.8 Minimo 18 Litros

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
COMPRA DE EQUIPOS CONVENIO ACREDITACION
ANEXO No 10 TÉCNICO

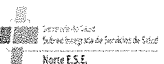
N° DE FICHA

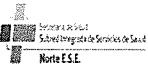
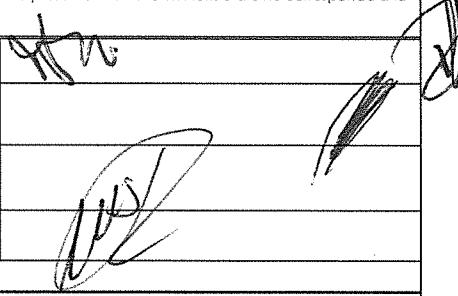
ESPECIFICACIONES TECNICAS

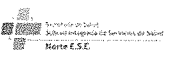
1. NOMBRE DEL EQUIPO	DISPENSADOR DE AGUA						
2. NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO	MARCA		MODELO		REFERENCIA		PAIS FABRICANTE:
3. UNIDADES OFERTADAS						CUMPLE	NUMERO DE
						SI	NO
4. ESPECIFICACIONES TECNICAS	4.1	GENERALES	4.1.1 Dispensador de agua fria y caliente				OBSERVACIONES
			4.1.2 Interruptor de agua fria				
			4.1.3 Interruptor de agua caliente				
			4.1.4 Enfriamiento por compresor				
			4.1.5 Dispensador para botellon				
			4.1.6 Alimentacion electrica de 110 v				
5. DOCUMENTACIÓN HABILITANTE	5.1	Garantía de (Mínimo 1 año)					
	5.2	Instructivo de limpieza y desinfección					

NOTA: EL OFERENTE DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA REQUERIMIENTO DENTRO DE LA PROPUESTA

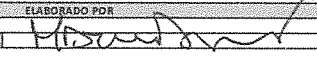
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-01-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						VERSIÓN: 5	
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN						PÁGINA: 1 DE 2	
Fecha de Solicitud D/M/A		10/09/2019		Fecha de Recibido D/M/A				
DATOS DEL SOLICITANTE								
Nombre del Solicitante:		MARIELA ARAQUE PEÑA						
Proceso:		JEFE OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL						
Correo Electrónico y Teléfono		desarrolloinstitucional@subrednorte.gov.co						
PAA() PROYECTO(X)		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO			MARIA EUGENIA RODRIGUEZ - JEFE OFICINA CALIDAD			
OBJETO A CONTRATAR								
Compra de mobiliario hospitalario para los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte compra los items relacionados en la descripción técnica para los servicios que presta la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. con el fin de mejorar la calidad en ambiente físico tanto de los colaboradores como nuestros usuarios.								
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR								
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, suscribió el convenio interadministrativo No. 0689 -2019 con el objeto es aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el desarrollo del proceso de preparación para la postulación de acreditación según el Decreto No. 903-2014 y la resolución 2082-2014, en cada una de las cuatro Subred integradas de servicios de salud en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud. Lo anterior, permitido desarrollar un plan de trabajo centrada en los ejes de acreditación que busca mejorar las condiciones de ingreso, estancia y egreso de los usuarios en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa. De esta manera y en desarrollo del compromiso específico No. 4 del citado convenio, en el cual se define desarrollar estrategias de humanización del ambiente físico para colaboradores y usuarios que permitan mejorar los procesos de atención, se han definido unas necesidades para salas de espera, estancia en hospitalización y urgencias y rehabilitación, entre otras las cuales se atenderán a través de la adquisición de los elementos descritos en este requerimiento.								
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR								
Ítem	Nombre / Descripción		Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	SILLAS DE RUEDAS		57	Unidad	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
2	SILLAS RECLINABLES		240	Unidad	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
3	TAMDEN		60	Unidad	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
4	CASILLEROS		40	Unidad	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
5	CORTINAS	Riel tipo U	1	ml	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
		Curvas	1	und	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
		Cortina tipo hospitalario antilíquidos	1	m2	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
6	DISPENSADOR DE AGUA		30	Unidad	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
6	BOTELLONES DE AGUA		360	Unidad	N/A	ANEXO TÉCNICO No 10		
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI: X NO: Convenio / Anexo								
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR								
1. Formato diligenciado del Anexo Técnico N°10 del mobiliario con el cumplimiento de las especificaciones técnicas. 2. Garantía del mobiliario según Anexo Técnico N°10. 3. Instructivo de limpieza y desinfección. 4. REGISTROS SANITARIOS: Se debe anexar copia nítida y legible del registro sanitario vigente de las sillas de ruedas								
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA								
TÉCNICOS: X (ANEXO TECNICO 10)		ECONÓMICOS: X		OTROS		CUALES:		
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA								
SI:				NO: X				
GARANTÍAS DEL CONTRATO								
Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares				
☐	☐	☐	☐	☐				
	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos				
☐	☐	☐	☐	☐				

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5 PÁGINA : 2 DE 2 FECHA : 12/06/2018
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA			
GENERALES: - CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - MANTENER DURANTE LA 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. - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS. - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. - LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.			
ESPECIFICAS - Realizar la entrega del mobiliario en la fecha, lugar, y hora requeridas por el Supervisor del Contrato. - Cumplir con el suministro oportuno y completo del mobiliario, con la calidad y las especificaciones técnicas requeridas. - Asumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega del mobiliario en el lugar que solicite el supervisor del contrato. - Realizar la entrega en el embalaje correspondiente de acuerdo al tipo de producto y recomendaciones del fabricante. - Realizar la entrega de los documentos requeridos para la recepción técnica de los elementos: Carta de garantía, cronograma de mantenimiento preventivo, certificación de evaluación de conformidad. - Cambiar a sus expensas el bien que presente defectos de calidad por fabricación - Dar cumplimiento a las directrices establecidas en el Plan Institucional de Gestión Ambiental, los Planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de cada sede, Planes de Gestión de Residuos Peligrosos - PGIRESPSEL de cada sede y Planes de Acción Interno para el Aprovechamiento de los Residuos de cada sede; y todos los proponentes deben anexar una carta de cumplimiento del Decreto 2676/00 y Resolución 1164/02 del Ministerio de Medio Ambiente, sobre manejo de residuos hospitalarios, que permita la realización de auditorías sobre las instalaciones y documentación por parte de la ESE que lo requiera.			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses) Hasta Tres (3) Meses			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA 1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.			
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	MARIELA ARAQUE PEÑA	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud (E):	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente :	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINA : 1 DE 1
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		FECHA : 12/09/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escriba solo una)				Casilla de selección (Escriba solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada y seguimiento contractual.
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciamientos entre otros				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Respalda las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Análisis de normatividad vigente
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emitan las entidades encargadas y ejecución de plan de emergencias institucional
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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Dar cumplimiento a las recomendaciones de proveedores y fabricantes de elementos.

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	MARIELA ARAQUE PEÑA
Correo Electrónico:	desarrolloinstitucional@subrednorte.gov.co
Cargo:	Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional
Fecha Elaboración d/m/a	septiembre 10 de 2019

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Septiembre 30 De 2019

CDP. No.

1989

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 2310201100000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 231020110

NOMBRE RUBRO.....: MATERIALES Y SUMINISTROS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 176,134,284.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 506,838,906.00

SALDO DE APROPIACION : 682,973,190.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE CONS
ULTA EXTERNA HOSPITALIZACION Y URGENCIAS

POR UN VALOR INICIAL DE : 310,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 310,000,000.00

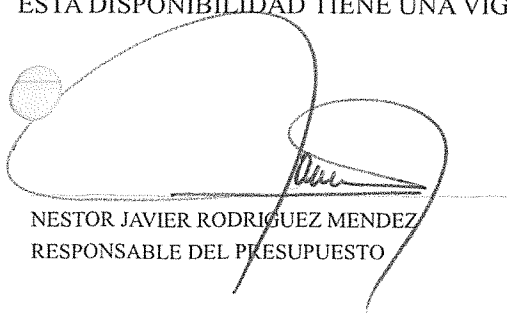
TRESCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 176,134,284.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 196,838,906.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (93) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Septiembre 30 De 2019

CDP. No.

1990

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232010201020000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201020102

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

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 493,840,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 480,216,715.00

SALDO DE APROPIACION : 974,056,715.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:MOBILIARIO HOSPITALARIO ITEMS RELACIONADOS CON LA
DESCRIPCION TECNICA PARA LOS SERVICIOS SUBRED

FOR UN VALOR INICIAL DE : 20,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 20,000,000.00

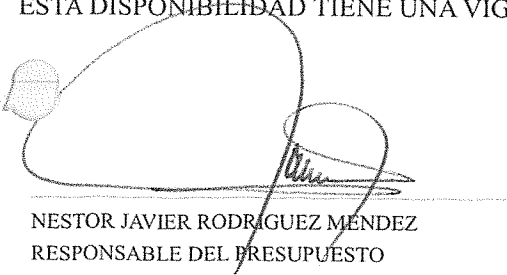
VEINTE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 493,840,000.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 460,216,715.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (93) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO