

	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.

019-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMUNISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
--------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observaciones
1	FORMULA A BASE DE AMINOACIDOS, AA Y DHA	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	12		
2	FORMULA CON PROTEINA DE SOYA PARA LACTANTES DE 0 A 12 MESES	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	6		
3	FORMULA CON PROTEINA DE ARROZ HIDROLIZADA PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	12		
4	FORMULA CON PROTEINA DE ARROZ HIDROLIZADA DE 6 MESES A 3 AÑOS	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	12		
5	FORMULA LIQUIDA PARA LACTANTES DE 0-6 MESES	FRASCO X 59 cc	A DEMANDA	1		
6	FORMULA LIQUIDA PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES	FRASCO X 8 onzas	A DEMANDA	1		
7	FORMULA CON PROTEINA DE SUERO EXTENSAMENTE HIDROLIZADA 50% TCM	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	48		
8	ALIMENTO ESPECIALIZADO CON INMUNOMODULADORES Y ARGININA PARA PACIENTES CON ESTRÉS METABÓLICO 1.3 KCAL/ML	LATA X 237 cc	A DEMANDA	12		
9	ALIMENTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERIODO DE LACTANCIA	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	96		
10	FORMULA ENTERAL ALTA EN PROTEINAS, BAJA EN CARBOHIDRATOS PARA ENFERMEDAD PULMONAR	TETRAPRISMA X 250 CC	A DEMANDA	24		
11	ALIMENTO LIQUIDO HIPERPROTEICO PARA PACIENTE DIABETICO	TETRAPRISMA X 250 CC	A DEMANDA	320		
12	ALIMENTO LIQUIDO CON PROTEINA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA A BASE DE SUERO, VITAMINAS Y MINERALES.	TETRAPRISMA X 250 CC	A DEMANDA	320		
13	FORMULA ENTERAL OLIGOMERICA BAJA EN GRASA CON INMUNOMODULADORES.	TETRAPRISMA X 250 CC	A DEMANDA	72		
14	ALIMENTO COMPLETO Y BALANCEADO, SUSPENSION ORAL, QUE CONTENGA 250 CALORIAS, GRASA 9 GRS, CHO 34 GRS Y PROTEINAS 9 GRS.	TETRAPRISMA X 250 CC	A DEMANDA	144		
15	NUTRICION PERIFERICA PARA INICIO ADULTO	BOLSA X 1.500 cc	A DEMANDA	100		
16	FORMULA LACTEA TERAPEUTICA PARA TRATAMIENTO FASE 1 DE LA DESNUTRICION EN HOSPITALIZACION	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	100		
17	ALIMENTO EN POLVO POLIMERICO, HIPERCALORICO CON VITAMINAS Y MINERALES PARA NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO	LATA X 400 GRS	A DEMANDA	24		

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	20 DE FEBRERO DE 2019
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	25 DE FEBRERO DE 2019 HORA: 11:00A.M PLATAFORMA SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS Plataforma SECOP II	25 DE FEBRERO DE 2019 HORA: 11:10A.M PLATAFORMA SECOP II

296

	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.

019-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMUNISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		
EVALUACIÓN CRITERIOS JURIDICOS, TÉCNICOS Y ECONOMICOS	DESDE EL 26 DE FEBRERO DE 2019 A 28 DE FEBRERO DE 2019		
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	28 DE FEBRERO DE 2019		
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		
*Nota: Todas las observaciones y/o aclaraciones por medio de mensaje Público en el proceso de la invitación en la plataforma SECOP II.			

Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (30) DÍAS). 4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT - 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT - 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL. 7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No.3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 12. COPIA DE LA LIBRETA MILITAR. 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA. SARLAFT PERSONA JURÍDICA 1. FORMATO ET-CA-FT-022 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA 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. 3. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE(2017) , EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. PERSONA NATURAL 4. FORMATO ET-CA-FT-011 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL SARLAFT (REPRESENTANTE LEGAL) 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) 5. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR). 6. 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: 1. FICHA TÉCNICA REGISTRO SANITARIO INVIMA VIGENTE 2. PARA DISTRIBUIDORES MAYORÍAS DEBERÁN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEM A CONTRATAR. LA ADJUDICACIÓN SERÁ POR ÍTEM.TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HARÁ A DEMANDA.(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.
--	--

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.

019-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMUNISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
	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
Sarlat	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO.
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA. 2. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$54.000.000)	No.	322
Rubro Presupuestal	MEDICAMENTOS	Fecha del CDP	8 DE FEBRERO DE 2019

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	Plazo de ejecución	UN (1) MES Y (15) QUINCE DÍAS
---------------	---	--------------------	-------------------------------

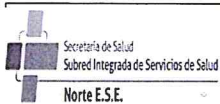
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sitio de entrega	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
------------------	---

Garantías de exigibilidad	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. DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, 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 CUATRO (4) MESES MÁS. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.
---------------------------	--

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
- MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
- SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS SOLICITADOS.

	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.

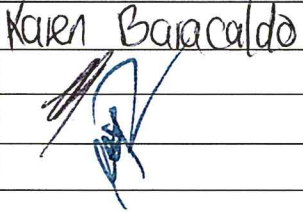
019-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Obligaciones del Contratista	5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS 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. GARANTIZAR EL DESPECHO DE LOS PRODUCTOS NUTRICIONALES Y FORMULAS LACTEAS REQUERIDOS POR LA SUBRED EN EL LUGAR. CANTIDAD, CALIDAD Y OPORTUNIDAD, SEGÚN LA PROGRAMACIÓN O REQUERIMIENTOS GENERADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2. VELAR POR LA ADECUADA ENTREGA EN CONDICIONES TALES COMO QUE LOS EMPAQUES SEAN ORIGINALES DE FÁBRICA, CON LAS ETIQUETAS O RÓTULOS ÍNTEGROS. PERFECTAMENTE LEGIBLES, QUE NO SE HAGA EN ENVASES DETERIORADOS, CON DEFECTOS DE FÁBRICA Y/O VENCIDOS. 3. GARANTIZAR QUE EL TIPO DE MATERIAL Y CALIDAD DEL EMPAQUE SEAN LOS ADECUADOS PARA PROTEGER LOS PRODUCTOS NUTRICIONALES Y FORMULAS LACTEAS EN LAS CONDICIONES EXTREMAS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD, ASÍ COMO PARA SU TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO. ESTAS CONDICIONES SERÁN REQUISITO PARA SU ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN. 4. GESTIONAR EL CAMBIO DE LOS PRODUCTOS PRÓXIMOS A VENCER O DE BAJA ROTACIÓN PREVIA NOTIFICACIÓN POR PARTE DE LA SUBRED CON TRES (3) MESES DE ANTICIPACIÓN A LA FEHA DE VENCIMIENTO, DICHO CAMBIO SE DEBE REALIZAR POR PARTE DEL PROVEEDOR ANTES DE QUE SE CUMPLA LA FECHA DE VENCIMIENTO 5. GARANTIZAR QUE SE REALICE LA REPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE SE REALICE LA REPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED.

ACLARACIONES

En caso de aclaraciones	El oferente podrá remitir todas las observaciones y/o aclaraciones por medio de mensaje Público en el proceso de la invitación en la plataforma SECOP II
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 1 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA ANEXO 2 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 3 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES ANEXO 4 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA ANEXO 5 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL ANEXO 6 ANEXO ECONÓMICO

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	KAREN BARACALDO VARGAS	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	ALVARO DE JESÚS GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 8 De 2019

CDP. No.

322

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.....: 232010201010000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201020101

NOMBRE RUBRO.....: MEDICAMENTOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 2,162,948,549.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 7,612,749,156.00

SALDO DE APROPIACION : 9,775,697,705.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTR ENTERALES,
PARENTERA

POR UN VALOR INICIAL DE : 54,000,000.00

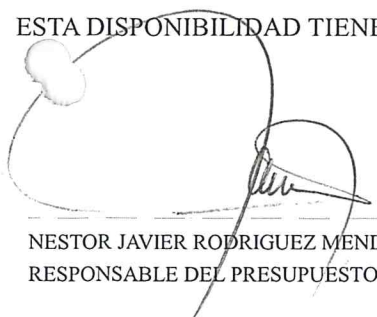
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 54,000,000.00

CINCUENTA Y CUATRO 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: 2,162,948,549.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 7,558,749,156.00

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



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05					
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5					
		PÁGINA : 1 DE 2					
		FECHA : 12/05/2018					
Fecha de Solicitud D/M/A	2019/02/04	Fecha de Recibido D/M/A					
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:	ROSSY YANETH PEÑA GARCIA						
Proceso:	DIRECCION COMPLEMENTARIOS						
Correo Electrónico y teléfono	dircomplementarios@subrednorte.gov.co						
PAA(X) PROYECTO ()	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	PROFESIONAL NUTRICION					
OBJETO A CONTRATAR							
SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACION DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
ADQUISICION DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES NECESARIOS PARA GARANTIZAR EL SOPORTE NUTRICIONAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REQUISITO DE HABILITACION, CON EL FIN DE MANTENER O RECUPERAR EL ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL COMO PARTE DEL CUIDADO INTEGRAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL Y UCI DE ADULTOS DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	formula a base de aminoácidos, AA Y DHA	UNA	LATA X 400 GRS	12			
2	Formula con proteína de soya para lactantes de 0 a 12 meses	UNA	LATA X 400 GRS	6			
3	Formula con proteína de arroz hidrolizada para lactantes de 0 a 6 meses	UNA	LATA X 400 GRS	12			
4	Formula con proteína de arroz hidrolizada de 6 meses a 3 años	UNA	LATA X 400 GRS	12			
5	Formula liquida para lactantes de 0-6 meses	UNA	FRASCO X 59 cc	a demanda			
6	Formula liquida para lactantes de 6 a 12 meses	UNA	FRASCO X 8 onzas	a demanda			
7	Alimento en polvo polimerico, hipercalorico con vitaminas y minerales para niños mayores de 1 año	UNA	LATA X 400 GRS	48			
8	Formula con proteína de suero extensamente hidrolizada 50% TCM	UNA	LATA X 400 GRS	12			
9	Alimento especializado con inmunomoduladores y arginina para pacientes con estrés metabólico 1.3 kcal/ ml	UNA	LATA X 237 cc	96			
10	Alimento para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia	UNA	LATA X 400 GRS	24			
11	Formula Enteral alta en proteínas, baja en carbohidratos para enfermedad pulmonar	UNA	TETRAPRISMA X 250 CC	320			
12	Alimento liquido hiperproteico para paciente diabetico	UNA	TETRAPRISMA X 250 CC	320			
13	Alimento liquido con proteína extensamente hidrolizada a base de suero, vitaminas y minerales,	UNA	TETRAPRISMA X 250 CC	72			
14	Formula Enteral oligomerica baja en grasa con inmunomoduladores,	UNA	TETRAPRISMA X 250 CC	144			

OK
7-02-10
220

15	Alimento completo y balanceado, suspensión oral, que contenga 250 calorías, grasa 9 grs, CHO 34 grs y proteínas 9 grs.	UNA	TETRAPRISMA X 250 CC	100		
16	Nutrición periférica para inicio adulto	UNA	BOLSA X 1.500 cc	100		
17	Formula láctea terapéutica para tratamiento fase 1 de la DESNUTRICIÓN en hospitalización	una	LATA X 400 GRS	24		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI NO X

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

1. FICHA TÉCNICA REGISTRO SANITARIO INVIMA VIGENTE
2. PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS DEBERÁN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

TÉCNICO HABILITANTE ☒ ECONÓMICOS MENOR PRECIO ☒ OTROS ☐ CUALES:

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA

SI

NO ☒

GARANTÍAS DEL CONTRATO

Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares
☐	☐	☒	☐	☐
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos
☐	☒	☐	☐	☐

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS SOLICITADOS.
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL 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 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 DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

- ESPECÍFICAS:** 1. GARANTIZAR EL DESPACHO DE LOS PRODUCTOS NUTRICIONALES Y FORMULAS LÁCTEAS REQUERIDOS POR LA SUBRED EN EL LUGAR, CANTIDAD, CALIDAD Y OPORTUNIDAD, SEGÚN LA PROGRAMACIÓN O REQUERIMIENTOS GENERADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
2. VELAR POR LA ADECUADA ENTREGA EN CONDICIONES TALES COMO QUE LOS EMPAQUES SEAN ORIGINALES DE FÁBRICA, CON LAS ETIQUETAS O RÓTULOS ÍNTEGROS, PERFECTAMENTE LEGIBLES, QUE NO SE HAGA EN ENVASES DETERIORADOS, CON DEFECTOS DE FÁBRICA Y/O VENCIDOS.
3. GARANTIZAR QUE EL TIPO DE MATERIAL Y CALIDAD DEL EMPAQUE SEAN LOS ADECUADOS PARA PROTEGER EL LOS PRODUCTOS NUTRICIONALES Y FORMULAS LÁCTEAS EN LAS CONDICIONES EXTREMAS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD, ASÍ COMO PARA SU TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO. ESTAS CONDICIONES SERÁN REQUISITO PARA SU ENTREGA Y RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN.
4. GESTIONAR EL CAMBIO DE LOS PRODUCTOS PRÓXIMOS A VENCER O DE BAJA ROTACIÓN PREVIA NOTIFICACIÓN POR PARTE DE LA SUBRED CON TRES (3) MESES DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO, DICHO CAMBIO SE DEBE REALIZAR POR PARTE DEL PROVEEDOR ANTES DE QUE SE CUMPLA LA FECHA DE VENCIMIENTO
5. GARANTIZAR QUE SE REALICE LA REPOSICIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED.

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

1 MES 15 DÍAS

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

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

Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	ROSSY YANETH PEÑA GARCIA	
	Firma del Director de la Oficina de	LIDIA HEMILED CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

	ANÁLISIS DE RIESGOS									
	CÓDIGO : AP-CT-F-02-04									
	VERSIÓN : 4									
	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		
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros									0			Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			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	#REF!	#REF!	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciaciones entre otros									0			Respalda las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato									0			Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsible 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									0			Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras									0			Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.									0			Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	ROSSY YANETH PEÑA GARCÍA
Correo Electrónico:	dicomplementarios@subrednorte.gov.co
Cargo:	DIRECTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
Fecha Elaboración d/m/a	Febrero 4 de 2019

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte7@gmail.com

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

REFERENCIA: Propuesta para la “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente a **INVITACIÓN A COTIZAR No 019-2019** CUYO OBJETO ES: “**SUMUNISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**”.

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

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponden a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito 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.

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Valor de la Oferta (letras y Números):

ANEXO N.2
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)

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

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 6 . ANEXO ECONÓMICO

No	INSUMO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	FORMULA A BASE DE AMINOACIDOS, AA Y DHA	LATA X 400 GRS	1	12			
2	FORMULA CON PROTEINA DE SOYA PARA LACTANTES DE 0 A 12 MESES	LATA X 400 GRS	1	6			
3	FORMULA CON PROTEINA DE ARROZ HIDROLIZADA PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES	LATA X 400 GRS	1	12			
4	FORMULA CON PROTEINA DE ARROZ HIDROLIZADA DE 6 MESES A 3 AÑOS	LATA X 400 GRS	1	12			

5	FORMULA LIQUIDA PARA LACTANTES DE 0-6 MESES	FRASCO X 59 cc	1	1			
6	FORMULA LIQUIDA PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES	FRASCO X 8 onzas	1	1			
7	FORMULA CON PROTEINA DE SUERO EXTENSAMENTE HIDROLIZADA 50% TCM	LATA X 400 GRS	1	48			
8	ALIMENTO ESPECIALIZADO CON INMUNOMODULADORES Y ARGININA PARA PACIENTES CON ESTRÉS METABÓLICO 1.3 KCAL/ ML	LATA X 237 cc	1	12			
9	ALIMENTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERIODO DE LACTANCIA	LATA X 400 GRS	1	96			

10	FORMULA ENTERAL ALTA EN PROTEINAS, BAJA EN CARBOHIDRATOS PARA ENFERMEDAD PULMONAR	TETRAPRISMA X 250 CC	1	24			
11	ALIMENTO LIQUIDO HIPERPROTEICO PARA PACIENTE DIABETICO	TETRAPRISMA X 250 CC	1	320			
12	ALIMENTO LIQUIDO CON PROTEINA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA A BASE DE SUERO, VITAMINAS Y MINERALES.	TETRAPRISMA X 250 CC	1	320			
13	FORMULA ENTERAL OLIGOMERICA BAJA EN GRASA CON INMUNOMODULADORES.	TETRAPRISMA X 250 CC	1	72			
14	ALIMENTO COMPLETO Y BALANCEADO, SUSPENSION ORAL, QUE CONTENGA 250 CALORIAS, GRASA 9 GRS, CHO 34 GRS Y PROTEINAS 9 GRS.	TETRAPRISMA X 250 CC	1	144			

15	NUTRICION PERIFERICA PARA INICIO ADULTO	BOLSA X 1.500 cc	1	100			
16	FORMULA LACTEA TERAPEUTICA PARA TRATAMIENTO FASE 1 DE LA DESNUTRICION EN HOSPITALIZACION	LATA X 400 GRS	1	100			
17	ALIMENTO EN POLVO POLIMERICO, HIPERCALORICO CON VITAMINAS Y MINERALES PARA NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO	LATA X 400 GRS	1	24			