

	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		VERSION : 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.

027-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO LOGISTICO Y EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS TIPO ONCES, TIPO ALMUERZO Y TIPO DESAYUNO, PARA LAS REUNIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS Y DEMÁS ACTIVIDADES DE LA E.S.E
--------------------	---

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observaciones
1	REFRIGERIOS TIPO ONCES OPCIÓN 1	UNIDAD	A DEMANDA	500	BEBIDA LÁCTEA 7 ONZAS. FRUTA ENTERA 80-100 GR, CARBOHIDRATO 80GR	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO.
2	REFRIGERIOS TIPO ONCES OPCIÓN 2	UNIDAD	A DEMANDA	367	BEBIDA 7 ONZAS. TIPO JUGO DE FRUTA EN CAJA, BAJO EN AZÚCAR, O BEBIDA LÁCTEA Y CARBOHIDRATO 80-100 GR.	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO.
3	REFRIGERIOS TIPO ONCES OPCIÓN 3	UNIDAD	A DEMANDA	70	BEBIDA 7 ONZAS. TIPO JUGO DE FRUTA EN CAJA BAJO EN AZÚCAR, O BEBIDA LÁCTEA 7 ONZAS, CARBOHIDRATO 80-100 GR, FRUTA ENTERA 80-100GR, AGUA EN BOTELLA 300ML	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO.
4	REFRIGERIO TIPO DESAYUNO	UNIDAD	A DEMANDA	33	PORCIÓN FRUTA O JUGO DE FRUTAS 7 ONZAS, PROTEÍNA:HUEVOS, QUESO, O JAMÓN 100GR. BEBIDA CALIENTE 7 ONZAS Y CARBOHIDRATO TIPO CROASSAN O PALITO DE QUESO.	ESTOS DESAYUNOS SERÁN SERVIDOS EN EL SITIO QUE DISPONGA LA SUBRED Y EL OFERENTE DEBERÁ DISPONER EL MENAJE Y SERVICIO RESPECTIVO
5	REFRIGERIO TIPO ALMUERZO OPCIÓN 1	UNIDAD	A DEMANDA	217	JUGO DE FRUTAS 7 ONZAS, PROTEÍNA 200GR (PECHUGA DE POLLO, PERNIL DE CERDO, JAMÓN DE CERDO). CARBOHIDRATO 40GR, EN SALADA SURTIDA DE VEGETALES 40GR, ENSALADA DE FRUTAS VARIADA 40GR POSTRE 15-20GR	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO. SE DEBE ENTREGAR EN CONTENEDOR DESECHABLE QUE SE SEPARA CADA UNO DE LOS CONTENIDOS Y ADJUNTAR CUBIERTOS DESECHABLE.
6	REFRIGERIO TIPO ALMUERZO OPCIÓN 2	UNIDAD	A DEMANDA	33	PIERNA PERNIL DE POLLO ASADA O APANADO 250-300GR, MEDIO PLATANOM ASADO DOS (2) PAPAS SALADAS, BEBIDA DE 7 ONZAS TIPO JUGO EN CAJA	A ENTREGA DE LO SEÑALADO POR LA SUBRED, GARANTIZANDO QUE SE ENCUENTRE A LA TEMPERATURA ADECUADA PARA SU CONSUMO.

CRONOGRAMA DE LA INVITACION

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	6 DE MARZO DE 2019
PRESENTACIÓN DE MUESTRAS	8 DE MARZO DE 2019 HORA: 2:00P.M CALLE 66 No 15 - 41 PISO 2 DRA. LEYLA HERNANDEZ CONTACTO: 3125836026
CIERRE DE ENTREGAS DE PROPUESTAS	11 DE MARZO 2019 HORA:11:00A.M PLATAFORMA SECOP II
CIERRE DE ENTREGAS DE PROPUESTAS	11 DE MARZO 2019 HORA:11:00A.M PLATAFORMA SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS Plataforma SECOP II	11 DE MARZO 2019 HORA:11:10A.M PLATAFORMA SECOP II
EVALUACIÓN CRITERIOS JURIDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	DESDE EL 12 DE FEBRERO DE 2019 A 13 DE FEBRERO DE 2019
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	13 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.

	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.

027-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO LOGISTICO Y EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS TIPO ONCES, TIPO ALMUERZO Y TIPO DESAYUNO, PARA LAS REUNIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS Y DEMÁS ACTIVIDADES DE LA E.S.E
--------------------	---

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. CONTAR CON DISPONIBILIDAD DE CENTRO DE PRODUCCIÓN (CEPRO), EL PROponente DEBE CONTAR CON MÍNIMO CON UN CEPRO EL CUAL DEBE ESTAR UBICADO EN EL DISTRITO CAPITAL, EN LUGAR VAISLADO DE CUALQUIER TIPO DE FOCO DE INSALUBRIDAD, QUE REPRESENTA RIESGO PARA LA CONTAMINACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN CON DESTINO AL OBJETO DEL CONTRATO.
2. EQUIPOS Y UTENSILIOS: EL PROponente DEBE CUMPLIR CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE LAS ADICIONEN, MODIFIQUEN O SUSTITUYAN.
3. TALENTO HUMANO: EL PROponente DEBE CUMPLIR CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE LAS ADICIONEN, MODIFIQUEN O SUSTITUYAN; ASÍ PUES, DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBE APLICAR LAS MEDIDAS QUE GARANTICEN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL PERSONAL A SU CARGO, EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS QUE ASEGUREN LA INOCUIDAD DEL ALIMENTO Y EL SEGUIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS HIGIÉNICAS EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE MANERA SANITARIA. (PARA LO CUAL DEBERÁN ANEXAR EL CONCEPTO TÉCNICO SANITARIO FAVORABLE).
4. LOS PROponentes DEBERÁN ANEXAR CERTIFICADO Y/O CARTA DONDE GARANTICE: TRANSPORTE DE ALIMENTOS Y PREPARACIONES CON DESTINO A LOS PARTICIPANTES A LOS EVENTOS PROGRAMADOS CON LA SUBRED: LOS COMPONENTES DE CADA UNO DE LOS REFRIGERIOS Y ALMUERZOS DEBEN SER EMPACADOS DEBIDAMENTE Y SER TRANSPORTADOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5. LOS PROponentes DEBERÁN TRAER POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS UNA MUESTRA COMPLETA SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ADICIONALMENTE TRAER CUATRO (4) OPCIONES MÁS DE CARBOHIDRATOS DE LOS REFRIGERIOS TIPO ONCES, LAS MUESTRAS SEÁN CALIFICADAS POR NUTRICIONISTA DE LA SUBRED.

ECONÓMICOS:

1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. LA ADJUDICACIÓN SERÁ A DEMANDA Y TOTAL. (ANEXO No 6 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E)
2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.

Documentos soportes que debe anexar el proponente

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
			VERSIÓN : 4
			PÁGINA : 1 DE 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		FECHA : 12/05/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No.

027-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO LOGISTICO Y EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS TIPO ONCES, TIPO ALMUERZO Y TIPO DESAYUNO, PARA LAS REUNIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS Y DEMÁS ACTIVIDADES DE LA E.S.E
	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 EVALUACION

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. 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 Desempeño	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	VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$25.000.000)	No.	415
Rubro Presupuestal	MATERIALES Y SUMINISTRO	Fecha del CDP	25 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	TRES (3) MESES
---------------	---	--------------------	----------------

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 PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EN LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A QUE HAYA LUGAR, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS.
	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.
	DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
	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.
- 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.
- 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.

	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.

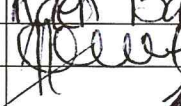
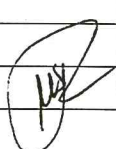
027-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO LOGISTICO Y EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS TIPO ONCES, TIPO ALMUERZO Y TIPO DESAYUNO, PARA LAS REUNIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS Y DEMÁS ACTIVIDADES DE LA E.S.E
Obligaciones del Contratista	7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL ESPECÍFICAS 1. ENTREGAR LOS REFRIGERIOS SOLICITADOS EN EL SITIO Y HORA SEÑALADOS POR LA SUBRED. 2. LOS REFRIGERIOS SERÁN EMPACADOS INDIVIDUALMENTE Y CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES CONTRATADAS DE CALIDAD Y SANITARIAS EXGIDAS. 3. PRESENTAR JUNTO CON LAS FACTURAS LAS CONSTANCIAS DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR LAS PERSONAS QUE LA SUBRED DESIGNE EN CADA SITIO PARA RECIBIR LOS REFRIGERIOS. 4. ASISTIR A LAS REUNIONES CITADAS POR LA SUPERVISORA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 5. EL CONTRATISTA GARANTIZARÁ VARIEDAD EN LOS REFRIGERIOS ENTREGADOS, DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.

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 APOORTE 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		Karen Baracaldo U.
	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		

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 027-2019 S.NTE** CUYO OBJETO ES: **“CONTRATAR EL SERVICIO LOGISTICO Y EL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS TIPO ONCES, TIPO ALMUERZO Y TIPO DESAYUNO, PARA LAS REUNIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS Y DEMÁS ACTIVIDADES DE LA 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 incurso 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.

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-23-01	
						VERSIÓN: 1	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 24/10/2018	
FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)							
☐ ASEGURADOR		☐ PROVEEDOR		☐ CONTRATISTA		☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:	
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA							
RAZÓN SOCIAL						NIT	
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO			DEPARTAMENTO		NACIONALIDAD (1)	
							NACIONALIDAD (2)
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL			CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
							TELÉFONO/FAX
CORREO ELECTRÓNICO:				PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA			CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
							TELÉFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA					
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ EXTRANJERA		☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS		☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES		☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	
		CUAL: 					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		☐ (SI) ☐ (NO)	RENTA/CREE	☐ (SI) ☐ (NO)	IVA	☐ (SI) ☐ (NO)	ICA
						CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
						PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		☐ SI ☐ NO	AGENTE RETENEDOR		☐ SI ☐ NO	AGENTE AUTORETENEDOR ☐ SI ☐ NO	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS						SI ☐ NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO						SI ☐ NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL						SI ☐ NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA						SI ☐ NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:							
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN							
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NUMERO IDENTIFICACIÓN
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)							
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				ACTIVOS TOTALES			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				PASIVOS TOTALES			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				PATRIMONIO			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES							
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:							
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:							

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)					CÓDIGO:AP-GF-F-23-01
						VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					PÁGINA:2 DE 3 FECHA:24/10/2018

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI☐NO☐

IMPORTACIONES☐EXPORTACIONES☐INVERSIONES☐REDESCUENTO☐
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS☐LEASING☐SERVICIOS☐
PAGO DE SERVICIOS☐PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA☐OTRA☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

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

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

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

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

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

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

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

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

9.1.

AUTORIZACIÓN

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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 celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO:AP-GF-F-23-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 1
			PÁGINA: 3 DE 3
			FECHA:24/10/2018
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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, <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.			
10. FIRMA Y HUELLA			
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES			
		Huella Índice Derecho	
Firma Cliente / Representante Legal			
11. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		12. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

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

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)											
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☐	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL												
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐					
PASAPORTE		☐		OTRO		☐		CUAL:				
				ES RESIDENTE EN COLOMBIA?				SI		☐		
								NO		☐		
FECHA NACIMIENTO:			LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)			PAÍS NACIMIENTO			NACIONALIDAD:			
ESTADO CIVIL						PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELÉFONO CELULAR		
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐												
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA											PROFESIÓN/ OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:												
DIRECCIÓN RESIDENCIA:			CIUDAD RESIDENCIA			DEPARTAMENTO:			PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA	
CORREO ELECTRÓNICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET						TIPO DE VIVIENDA			
									PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐			
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)			CIUDAD:			DEPARTAMENTO:			PAÍS:		TELÉFONO/FAX	

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE												
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐					
PASAPORTE		☐		OTRO		☐		CUAL:				
				ES RESIDENTE EN COLOMBIA:				SI		☐		
								NO		☐		
								NACIONALIDAD:				

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)											
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐		CUAL:			
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☐		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐					
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐				OTRA ☐					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI ☐		IVA		SI ☐		NO ☐	
				NO ☐		ICA		SI ☐		NO ☐	
								CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA			
								PRINCIPAL:		☐	
								SECUNDARIA:		☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR				SI ☐		AGENTE AUTORETENEDOR	
								NO ☐		NO ☐	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS				NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA					
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐									
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐				NUMERO DE NIT			
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS											
OTRA ☐ CUAL:											
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS			
CARGO ACTUAL								FECHA VINCULACIÓN			

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

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

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

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

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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.

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-F-24-02
	PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 3 DE 4 FECHA: 03/12/2018

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados y declaración de renta si es declarante** **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

12. CONSIDERACIONES

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

12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 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.

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.

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

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, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (**Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co**), y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

13. FIRMA Y HUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.	
Firma Cliente / Representante Legal	Huella Índice Derecho

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

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

ANEXO 6 . ANEXO ECONÓMICO

No	INSUMO	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA		CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	REFRIGERIOS TIPO ONCES OPCIÓN 1	BEBIDA LÁCTEA 7 ONZAS. FRUTA ENTERA 80-100 GR, CARBOHIDRATO 80GR	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO.	1	500			
2	REFRIGERIOS TIPO ONCES OPCIÓN 2	BEBIDA 7 ONZAS. TIPO JUGO DE FRUTA EN CAJA, BAJO EN AZÚCAR, O BEBIDA LÁCTEA Y CARBOHIDRATO 80-100 GR.	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO.	1	367			
3	REFRIGERIOS TIPO ONCES OPCIÓN 3	BEBIDA 7 ONZAS. TIPO JUGO DE FRUTA EN CAJA BAJO EN AZÚCAR, O BEBIDA LÁCTEA 7 ONZAS, CARBOHIDRATO 80-100 GR, FRUTA ENTERA 80-100GR, AGUA EN BOTELLA 300ML	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO.	1	70			
4	REFRIGERIO TIPO DEDSAYUNO	PORCIÓN FRUTA O JUGO DE FRUTAS 7 ONZAS, PROTEINA:HUEVOS, QUESO, O JAMÓN 100GR. BEBIDA CALIENTE 7 ONZAS Y CARBOHIDRATO TIPO CROASSAN O PALITO DE QUESO.	ESTOS DESAYUNOS SERÁN SERVIDOS EN EL SITIO QUE DISPONGA LA SUBRED Y EL OFERENTE DEBERÁ DISPONER EL MENAJE Y SERVICIO RESPECTIVO	1	33			
5	REFRIGERIO TIPO ALMUERZO OPCIÓN 1	JUGO DE FRUTAS 7 ONZAS, PROTEINA 200GR (PECHUGA DE POLLO, PERNIL DE CERDO, JAMÓN DE CERDO). CARBOHIDRATO 40GR, EN SALADA SURTIDA DE VEGETALES 40GR, ENSALADA DE FRUTAS VARIADA 40GR POSTRE 15-20GR	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR EN SU PROPUESTA VARIAS OPCIONES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DEL REFRIGERIO. SE DEBE ENTREGAR EN CONTENEDOR DESECHABLE QUE SEPARA CADA UNO DE LOS CONTENIDOS Y ADJUNTAR CUBIERTOS DESECHABLE.	1	217			
6	REFRIGERIO TIPO ALMUERZO OPCIÓN 2	PIERNA PERNIL DE POLLO ASADA O APANADO 250-300GR, MEDIO PLATANOM ASADO DOS (2) PAPAS SALADAS, BEBIDA DE 7 ONZAS TIPO JUGO EN CAJA	A ENTREGA DE LO SEÑALADO POR LA SUBRED, GARANTIZANDO QUE SE ENCUENTRE A LA TEMPERATURA ADECUADA PARA SU CONSUMO.	1	33			

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 25 De 2019

CDP. No.

415

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 : 103,048,075.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 27,777,909.00

SALDO DE APROPIACION : 130,825,984.00

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

SUMINISTRO DE REFRIGERIOS PARA REUNIONES SUBRED CU
MPL CONVEN

POR UN VALOR INICIAL DE : 25,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 25,000,000.00

VEINTICINCO MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

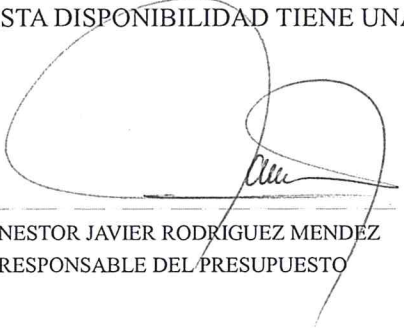
SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE

SPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 103,048,075.00

3 CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

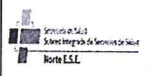
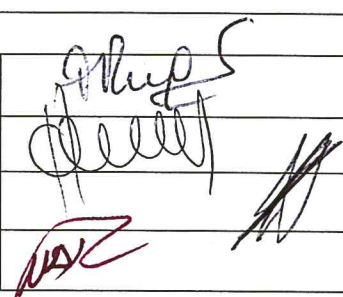
DISPONIBILIDAD NETA : 2,777,909.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) 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.		VERSIÓN : 5					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2					
		FECHA : 12/06/2018					
Fecha de Solicitud D/M/A	28/01/2019	Fecha de Recibido D/M/A					
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:	FANNY LUCÍA RUGELES DE HERNÁNDEZ						
Proceso:	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO						
Correo Electrónico y teléfono	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co						
PAA() PROYECTO ()	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	JEFE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.					
OBJETO A CONTRATAR							
Contratar el servicio logístico y el suministro de refrigerios tipo onces, tipo almuerzo y tipo desayuno, para las reuniones de la Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. A fin de dar cumplimiento a los convenios establecidos y demás actividades de la E.S.E.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Dar cumplimiento a los convenios que la Subred tiene suscritos con el Fondo Financiero Distrital, con los Fondos de Desarrollo Local, Unidades ejecutoras locales, debiéndose garantizar el apoyo logístico de refrigerios para atender a los participantes en las reuniones y actividades programadas, en el marco de dichos convenios. Así mismo brindar el apoyo logístico en las reuniones programadas por la Subred desde el área de Participación Comunitaria, talento humano, subgerencia administrativa.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Refrigerios tipo onces opción 1	A DEMANDA	unitario	500	Bebida láctea 7 onzas, fruta entera 80 gr, carbohidrato 80 gr	El proponente deberá presentar en su propuesta varias opciones de cada uno de los componentes del refrigerio.	
2	Refrigerios tipo onces opción 2	A DEMANDA	unitario	367	bebida 7 onzas tipo jugo de fruta en caja, bajo en azúcar, o bebida láctea y carbohidrato 80- 100 gr.	El proponente deberá presentar en su propuesta varias opciones de cada uno de los componentes del refrigerio.	
3	Refrigerios tipo onces opción 3	A DEMANDA	unitario	70	bebida 7 onzas tipo jugo de fruta en caja bajo en azúcar, o bebida láctea 7 onzas, carbohidrato 80- 100 gr, fruta entera 80-100 gr, agua en botella 300 ml.	El proponente deberá presentar en su propuesta varias opciones de cada uno de los componentes del refrigerio.	
4	Refrigerios tipo desayuno	A DEMANDA	unitario	33	porción fruta o jugo de frutas 7 onzas, proteína: huevos, queso, o jamón 100 gr. Bebida caliente 7 onzas y carbohidrato tipo croassan o palito de queso.	Estos desayunos serán servidos en el sitio que disponga la Subred y el contratista deberá disponer el menaje y servicio respectivo.	
5	Refrigerios tipo almuerzo opción 1	A DEMANDA	unitario	217	Jugo de frutas 7 onzas, proteína 200 gramos (pechuga de pollo, pernil de cerdo, jamón de cerdo), carbohidrato 40 gr, ensalada surtida de vegetales 40 gr, ensalada de fruta variada 40 gr, postre 15-20 gr	El proponente deberá presentar en su propuesta varias opciones de cada uno de los componentes del refrigerio. Se debe entregar en contenedor desechable que separe cada uno de los contenidos y adjuntar cubiertos desechables.	
6	Refrigerios tipo almuerzo opción 2	A DEMANDA	unitario	33	pierna pernil de pollo asada o apanado 250- 300 gr, medio plátano asado, 2 papas saladas, bebida de 7 onzas tipo jugo en caja.	A entregar en el sitio señalado por la Subred, garantizando que se encuentre a temperatura adecuada para su consumo.	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO ____							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
ESPECÍFICAS: 1. Contar con disponibilidad de centro de producción (CEPRO), el proponente debe contar mínimo con un Cepro el cual debe estar ubicado en el Distrito Capital, en lugar aislado de cualquier tipo de foco de insalubridad, que represente riesgo para la contaminación de la alimentación con destino al objeto del contrato. 2. Equipos y utensilios: El proponente debe cumplir con lo dispuesto en la resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección social y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan. 3. Talento Humano: el proponente debe cumplir con lo dispuesto en la resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan; así pues, durante la ejecución del contrato, debe aplicar las medidas que garantizan el cumplimiento de los requisitos del personal a su cargo, en el desarrollo de los procesos que aseguren la inocuidad del alimento y el seguimiento de los parámetros establecidos en la normatividad sanitaria, en cuanto a estado de salud, uso del uniforme, medidas de protección, adopción de prácticas higiénicas en la manipulación de alimentos, formación y capacitación en materia sanitaria. (Para lo cual deberán anexar el concepto técnico sanitario favorable) 4. Transporte de alimentos y preparaciones con destino a los participantes a los eventos programados por la Subred: Los componentes de cada uno de los refrigerios y almuerzos deben ser empacados debidamente y ser transportados de acuerdo a la normatividad vigente. 5. El día que disponga la Subred, los proponentes deberán traer por cada uno de los ítems una muestra completa según las especificaciones técnicas, adicionalmente traer 4 opciones más de carbohidrato de los refrigerios tipo onces, las muestras serán calificadas por nutricionista de la Subred.							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS X		ECONÓMICOS X		OTROS		CUALES:	
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI X				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 Segura de Manejo de Recursos Públicos para Particulares			
☐	☐	☐	☒	☐			

2.100.
Karen B
238
11/1

Garantía Bancaria ☐	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: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.				
ESPECÍFICAS: 1. Entregar los refrigerio solicitados en el sitio y hora señalados por la subred. 2. Los refrigerios serán empacados individualmente y cumplir con las especificaciones contratadas de calidad y sanitarias exigidas. 3. Presentar junto con las facturas las constancias de recibido a satisfacción por las personas que la subred designe en cada sitio para recibir los refrigerios. 4. Asistir a las reuniones citadas por la supervisor par el seguimiento de la ejecución del contrato. 5. El contratista garantizará variedad en los refrigerios entregados, de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas.				
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)				
6 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 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:	DRA FANNY LUCÍA RUGELES DE HERNÁNDEZ		
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	DRA HEMILET CALA CELIS		
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	DR ALVARO GALVIS BARRIOS		
	Nombre y Firma Gerente:	DRA YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRIGUEZ		
Observaciones:				

 Ministerio de Salud República de Colombia Nordeste E.S.E.	FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : RF-F-02-01
			VERSIÓN : 1
			PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 08/11/2016

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

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	
		4 ALTA	3 MEDIA ALTA	2 MEDIA BAJA	1 BAJA	4 ALTA	Casilla de selección (Escala solo una)						
							3 MEDIA ALTA	2 MEDIA BAJA	1 BAJA				1 BAJA
Casilla de selección (Escala solo una)				Casilla de selección (Escala solo una)									
Casilla de selección	OPERACIONAL:	El plazo de la ejecución puede variar, ya sea ejecutarse en tiempo menor o mayor.				1				1	2	Generación automática	Generación automática
	OPERACIONAL:	Intoxicación alimentaria				1	4				5	BAJA - GESTIONARIO	CONTRATISTA
	OPERACIONAL:	El operador no puede realizar la entrega en el punto acordado				1	4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARIO	CONTRATANTE
											0		
											0		
											0		
											0		
											0		
											0		
											0		
											0		
											0		
											0		

ELABORADO POR	
Nombre:	LEYLA SOBAYA HERNÁNDEZ M.
Cargo:	OPS. PROFESIONAL ESPECIALIZADA APOYO EJECUCIÓN CONVENIO.
Fecha Elaboración d/m/a	05/02/2019

