

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4			
			PÁGINA : 1 DE 2			
FECHA : 12/06/2018						
INVITACIÓN A COTIZAR No. 033-2020 S.NTE						
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS, GENERADOS EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica	Observaciones
1	RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS	Kg	A DEMANDA	2000	FÁRMACOS	LA PERIODICIDAD DE LAS RECOLECCIONES Y SEDES SERÁN DEFINIDAS POR LA SUBRED NORTE DE ACUERDO AL VOLUMEN PRODUCIDO, (26 SEDES GENERADORAS DE RESIDUOS PELIGROSOS).
		Kg		600	REACTIVOS	
		Kg		50	XIOL	
		Kg		200	FORMOL	
		Kg		60	ALCOHOL	
		Kg		5	REVELADOR	
		Kg		5	FIJADOR	
		Kg		5	METALES PESADOS	
		Kg		500	COLORANTES	
		Kg		1	MEDICAMENTOS VENCIDOS	
		Kg		5	CONTENEDORES	
		Kg		5	PLACAS DE PLOMO	
		Kg		50	LUMINARIAS	
		Kg		5	PILAS	
		Kg		200	LODOS	
		Kg		50	SOLIDOS CONTAMINADOS	
		Kg		5	CARPULAS DE ANESTESIA	
		Kg		15	TONNER	
Kg	60	ENVASES Y EMPAQUES				
Kg	50	CAL SODADA				
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		19/02/2020				
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		HASTA EL 20/02/2020 A LAS 9:00 AM UNICAMENTE PLATAFORMA SECOP II				
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		20/02/2020				
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 21/02/2020 Hora: Hasta las 2PM. PLATAFORMA SECOP II				
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 21/02/2020 Hora: Hasta las 2:10 PM. PLATAFORMA SECOP II				
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 21/02/2020 y 24/02/2020				
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		25/02/2020 PLATAFORMA SECOP II				
SUBSANACION Y OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		Fecha: 26/02/2020 Hora: Hasta las 2PM. PLATAFORMA SECOP II				
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES		Fecha: 27/02/2020 PLATAFORMA SECOP II				
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.				
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROponente						
JURÍDICOS:						
1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)						

- 2 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)
- 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)
- 4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)
- 5 FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT
- 6 FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT
- 7 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
- 8 CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
- 9 CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
- 10 CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
- 11 CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
- 12 CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.
- 13 CERTIFICACIÓN BANCARIA

SARLAFT

1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED).
2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).
3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.

NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A).

SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.

TÉCNICOS:

- 1 EL CONTRATISTA DEBE PRESENTAR CONCEPTO SANITARIO VIGENTE EMITIDO POR LA ENTIDAD COMPETENTE.
- 2 PRESENTAR CERTIFICADO DE CURSO DE MANIPULACION DE SUSTANCIAS PELIGROSAS DEL PERSONAL ENCARGADO DE REALIZAR LA RECOLECCION Y EL TRANSPORTE DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS.
- 3 PRESENTAR LICENCIAS, PERMISOS Y DEMAS AUTORIZACIONES DE CARACTER AMBIENTAL A QUE HAYA LUGAR EXPEDIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y/O LOCAL POR MEDIO DEL CUAL SE AUTORIZA COMO GESTOR Y TRANSPORTADOR DE RESIDUOS PELIGROSOS.
- 4 EN CASO DE CONTAR CON ALIANZAS ESTRATEGICASCON OTRAS EMPRESAS PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS DEBERA PRESENTAR LICENCIAS, PERMISOS Y DEMAS AUTORIZACIONES DE CARACTER AMBIENTAL A QUE HAYA LUGAR EXPEDIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y/O LOCAL POR MEDIO DEL CUAL SE AUTORIZA COMO GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS.
- 5 PRESENTAR CERTIFICACION DESCRIBIENDO EL SERVICIO PRESTADO DENTRO DE LA ALIANZA ESTRATEGICA.
- 6 PRESENTAR EL SISTEMA DE TRATAMIENTO Y/O DISPOSICION FINAL A USAR DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DE LOS RESIDUO Y SU NATURALEZA SEGUN LO INDIQUE LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.
- 7 CERTIFICACIÓN Y/O COPIA DE CONTRATOS QUE DEMUESTREN EXPERIENCIA DE 5 AÑOS O MÁS EN EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS

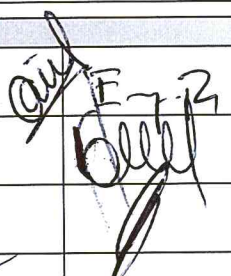
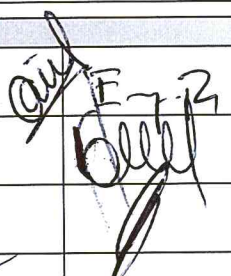
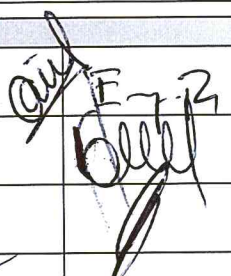
ECONÓMICOS:

1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED).
2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.
3. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.
4. LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Sarlaft	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABIL
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS, SARLAFT Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INVITACIÓN. NOTA: Tenga en cuenta que la información relacionada en el anexo y en la pregunta de lista de precios del SECOP II debe coincidir.
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN					
Valor	DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$ 17.203.600)		No.	177	
Rubro Presupuestal	MEDICAMENTOS		Fecha del CDP	22/01/2020	
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO					
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		Plazo de ejecución	DOS (2) MESES	
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS					
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
Garantías de exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.				
	B) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EL CONTRATISTA, DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS.				
	C) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: 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.				
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 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. DAR GARANTIA QUE EL PERSONAL QUE REALIZA EL SERVICIO SE ENCUENTRA AFILIADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASI COMO QUE CUENTA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.				

	2. ASEGURAR QUE EL PERSONAL QUE REALICE LAS RECOLECCIONES TOMA LAS PRECAUCIONES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS PARA EVITAR QUE ELLOS MISMOS, USUARIOS, SERVIDORES, COLABORADORES Y/O VISITANTES PUEDAN VERSE AFECTADOS POR EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. ASI MISMO TOMAR PRECAUCIONES Y MEDIDAS NECESARIAS SEGUN SEA EL CASO, PARA EVITAR RIESGOS O CONTAMINACION AL MEDIO AMBIENTE. 3. DAR CUMPLIMIENTO AL DECRETO 1609 DE 2002 "POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL MANEJO Y TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR DE MERCANCIAS PELIGROSAS POR CARRETERA" Y SERA OBLIGACION DEL TRANSPORTADOR FIRMAR LA LISTA DE VERIFICACION IMPLEMENTADA POR LA SUBRED NORTE AL MOMENTO DE REALIZAR LA INSPECCION. 4. MANTENER VIGENTES DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO TODAS LAS LICENCIAS Y/O PERMISOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO. 5. INFORMAR CUALQUIER EVENTUALIDAD DE CARACTER AMBIENTAL QUE SE PRESENTE Y TOMAR ACCIONES INMEDIATAS PARA CORREGIRLO O MITIGAR SU IMPACTO. 6. CUMPLIR CON LOS HORARIOS DE RECOLECCION ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. 7. REALIZAR CAPACITACION EN MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS AL PERSONAL INVOLUCRADO DE LA SUBRED NORTE, PREVIAMENTE ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 8. PROVEER MENSUALMENTE 250 GALONES DE 5L, DE PAREDES RIGIDAS Y RESISTENTES PARA ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS. 9. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE ACUERDEN EN LA EJECUCION DE LA ORDEN.									
Observaciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO.									
Anexos	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA									
APROBACIÓN										
Firmas	<table border="1"> <tr> <td>Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:</td><td>LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA</td><td rowspan="4">  </td></tr> <tr> <td>Nombre y Firma Dirección de Contratación:</td><td>DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS</td></tr> <tr> <td>Nombre y Firma Subgerente Corporativo:</td><td>DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)</td></tr> <tr> <td>Nombre y Firma Gerente:</td><td>DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ</td></tr> </table>	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA		Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ
Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA									
Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS									
Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)									
Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ									

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 22 De 2020

CDP. No. 177

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.....: 31201120300000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 312011203

NOMBRE RUBRO.....: ASEO

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 52,229,870.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 927,527,460.00

SALDO DE APROPIACION : 979,757,330.00

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:SERV RECOLECCION TRANSP Y TTTO RESIDUOS QUIMICOS S
UBRED NORT

POR UN VALOR INICIAL DE : 17,203,600.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

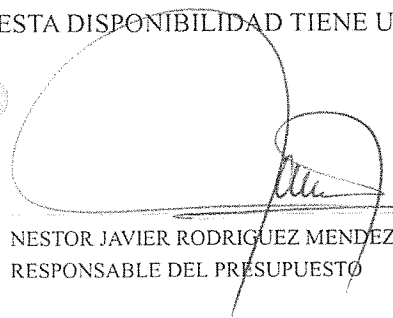
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 17,203,600.00

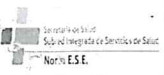
DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 52,229,870.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

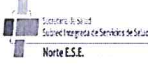
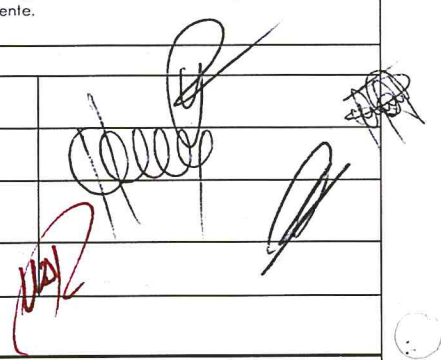
DISPONIBILIDAD NETA : 910,323,860.00

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	
Fecha de Solicitud D/M/A		2/01/2020		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN					
Proceso:		DIRECCION ADMINISTRATIVA					
Correo Electrónico y teléfono		diradministrativo@subrednorte.gov.co					
PAA(X) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO				YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMÓN	
OBJETO A CONTRATAR							
CONTRATAR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS, GENERADOS EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, SU POLÍTICA AMBIENTAL Y DAR RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE LOS ENTES DE CONTROL, REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS GENERADOS EN SUS DIFERENTES SEDES.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
CON EL FIN DE GARANTIZAR LA GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS QUIMICOS GENERADOS EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. SE REQUIERE:							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS	A DEMANDA	Kg	2000	FÁRMACOS	LA PERIODICIDAD DE LAS RECOLECCIONES Y SEDES SERÁN DEFINIDAS POR LA SUBRED NORTE DE ACUERDO AL VOLUMEN PRODUCIDO, (26 SEDES GENERADORAS DE RESIDUOS PELIGROSOS).	
			Kg	600	REACTIVOS		
			Kg	50	XILOL		
			Kg	200	FORMOL		
			Kg	60	ALCOHOL		
			Kg	5	REVELADOR		
			Kg	5	FIJADOR		
			Kg	5	METALES PESADOS		
			Kg	500	COLORANTES		
			Kg	1	MEDICAMENTOS VENCIDOS		
			Kg	5	CONTENEDORES PRESURIZADOS		
			Kg	5	PLACAS DE PLOMO		
			Kg	50	LUMINARIAS		
			Kg	5	PILAS		
			Kg	200	LODOS		
			Kg	50	SOLIDOS CONTAMINADOS CON PINTURAS		
			Kg	5	CARPULAS DE ANESTESIA		
			Kg	15	TONNER		
Kg	60	ENVASES Y EMPAQUES QUÍMICOS					
Kg	50	CAL SODADA					
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI NO X							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
1. EL CONTRATISTA DEBE PRESENTAR CONCEPTO SANITARIO EMITIDO POR LA ENTIDAD COMPETENTE. 2. PRESENTAR CERTIFICADO DE CURSO DE MANIPULACION DE SUSTANCIAS PELIGROSAS DEL PERSONAL ENCARGADO DE REALIZAR LA RECOLECCION Y EL TRANSPORTE DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS. 3. PRESENTAR LICENCIAS, PERMISOS Y DEMAS AUTORIZACIONES DE CARACTER AMBIENTAL A QUE HAYA LUGAR EXPEDIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y/O LOCAL POR MEDIO DEL CUAL SE AUTORIZA COMO GESTOR Y TRANSPORTADOR DE RESIDUOS PELIGROSOS. 4. EN CASO DE CONTAR CON ALIANZAS ESTRATEGICASCON OTRAS EMPRESAS PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS DEBERA PRESENTAR LICENCIAS, PERMISOS Y DEMAS AUTORIZACIONES DE CARACTER AMBIENTAL A QUE HAYA LUGAR EXPEDIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y/O LOCAL POR MEDIO DEL CUAL SE AUTORIZA COMO GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS. 5. PRESENTAR CERTIFICACION DESCRIBIENDO EL SERVICIO PRESTADO DENTRO DE LA ALIANZA ESTRATEGICA. 6. PRESENTAR EL SISTEMA DE TRATAMIENTO Y/O DISPOSICION FINAL A USAR DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DE LOS RESIDUO Y SU NATURALEZA SEGUN LO INDIQUE LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. 7. CERTIFICACIÓN Y/O COPIA DE CONTRATOS QUE DEMUESTREN EXPERIENCIA DE 5 AÑOS O MÁS EN EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS X		ECONÓMICOS		OTROS		CUALES:	
HABILITANTE							
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI				NO: X			
GARANTÍAS DEL CONTRATO							
Patrimonio Autónomo ☐	Póliza Seriedad de la Oferta ☐	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes ☐	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones ☒	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares ☐			
Garantía Bancaria ☐	Póliza Cumplimiento del Contrato ☒	Póliza Estabilidad de Obra ☐	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual ☒	Póliza Provisión de Repuestos , Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos ☐			

3/14
 2/35

	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 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. DAR GARANTIA QUE EL PERSONAL QUE REALIZA EL SERVICIO SE ENCUENTRA AFILIADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASI COMO QUE CUENTA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES. 2. ASEGURAR QUE EL PERSONAL QUE REALICE LAS RECOLECCIONES TOMA LAS PRECAUCIONES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS PARA EVITAR QUE ELLOS MISMOS, USUARIOS, SERVIDORES, COLABORADORES Y/O VISITANTES PUEDAN VERSE AFECTADOS POR EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. ASI MISMO TOMAR PRECAUCIONES Y MEDIDAS NECESARIAS SEGUN SEA EL CASO, PARA EVITAR RIESGOS O CONTAMINACION AL MEDIO AMBIENTE. 3. DAR CUMPLIMIENTO AL DECRETO 1609 DE 2002 "POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL MANEJO Y TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR DE MERCANCIAS PELIGROSAS POR CARRETERA" Y SERA OBLIGACION DEL TRANSPORTADOR FIRMAR LA LISTA DE VERIFICACION IMPLEMENTADA POR LA SUBRED NORTE AL MOMENTO DE REALIZAR LA INSPECCION. 4. MANTENER VIGENTES DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO TODAS LAS LICENCIAS Y/O PERMISOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO. 5. INFORMAR CUALQUIER EVENTUALIDAD DE CARACTER AMBIENTAL QUE SE PRESENTE Y TOMAR ACCIONES INMEDIATAS PARA CORREGIRLO O MITIGAR SU IMPACTO. 6. CUMPLIR CON LOS HORARIOS DE RECOLECCION ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. 7. REALIZAR CAPACITACION EN MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS AL PERSONAL INVOLUCRADO DE LA SUBRED NORTE, PREVIAMENTE ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 8. PROVEER MENSUALMENTE 250 GALONES DE 5L DE PAREDES RIGIDAS Y RESISTENTES PARA ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS. 9. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE ACUERDEN EN LA EJECUCION DE LA ORDEN.			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)			
Dos (2) Meses			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA			
1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.			
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	YANETH SOFÍA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

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

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: CONTRATAR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS, GENERADOS EN LAS DIFERENTES SEDES 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 incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de
Ciudad y Fecha _____

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

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____				
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)				
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA				
RAZÓN SOCIAL		NIT		NOMBRES
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NÚMERO: _____
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS		DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:		
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)		TELÉFONO/FAX		
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐				
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		IVA		ICA
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐
RENTA/CREE		IVA		ICA
PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA		
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		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:				
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN				
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		C.C. ☐ C.E. ☐ T.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:				
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES				
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☐		
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐				
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cual: _____				
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS				
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":				

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA:1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): 2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano. 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera. 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, 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		
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente: *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. *Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.		

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA:1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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.		
9. FIRMA Y HUELLA		
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES		
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre y Cargo de quien verifica:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Firma y Cédula		

Anexo 5. OFERTA ECONÓMICA

Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Especificación Técnica	Unidad de medida	Consum Promedio Mensual	Valor Kilogramo	IVA (si aplica)	Valor Total Unitario	Valor Total
1	CONTRATAR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS QUÍMICOS, GENERADOS EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	A DEMANDA	FÁRMACOS	Kg	2000			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	REACTIVOS	Kg	600			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	XIOL	Kg	50			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	FORMOL	Kg	200			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	ALCOHOL	Kg	60			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	REVELADOR	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	FIJADOR	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	METALES PESADOS	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	COLORANTES	Kg	500			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	MEDICAMENTOS VENCIDOS	Kg	1			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	CONTENEDORES PRESURIZADOS	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	PLACAS DE PLOMO	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	LUMINARIAS	Kg	50			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	PILAS	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	LODOS	Kg	200			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	SOLIDOS CONTAMINADOS CON PINTURAS	Kg	50			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	CARPULAS DE ANESTESIA	Kg	5			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	TONNER	Kg	15			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	ENVASES Y EMPAQUES QUÍMICOS	Kg	60			\$ -	\$ -
		A DEMANDA	CAL SODADA	Kg	50			\$ -	\$ -

VALOR PROPUESTA	\$ -
-----------------	------

FORMA DE PAGO: 90 DÍAS

FIRMA:
REPRESENTANTE LEGAL:
EMPRESA:
NIT.: