		INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4	
						PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>021 - 2020 S.NTE</u>							
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.					
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO							
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio Consumo Mensual	Especificación Técnica	Observaciones	
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	CONSULTA	A DEMANDA	450			
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	3			
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	105			
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	360			
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	8			
6	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCION DE CALCULOS DE VIAS BILIARES	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
8	ANOSCOPIA	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	10			
11	COLONOSCOPIA TOTAL	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	280			
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	104			
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	56			
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN*	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA*	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1			

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

48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA BILIAR *	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
49	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT, DILATADORES E INSUMOS) *	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	2		
51	MANOMETRIA RECTAL *	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	13		
52	PH METRIA ESOFAGICA *	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	0		
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	PROCEDIMIENTO	A DEMANDA	1		

* REVISAR ANEXOS 1 Y 2 Y DILIGENCIAR (ANEXO NO. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) HOJA DE VIDA DE EQUIPO MÉDICO.

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	5/02/2020
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR	HASTA EL 06/02/2020 A LAS 2:00 PM PLATAFORMA SECOP II
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR	7/02/2020
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	Fecha: 10/02/2020 Hora: HASTA LAS 2:00 PM Lugar: PLATAFORMA SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	Fecha: 10/02/2020 Hora: 2:10 PM Lugar: PLATAFORMA SECOP II
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIERO, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 10/02/2020 Y EL 12/02/2020
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	12/02/2020
OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES	HASTA EL 13/02/2020 A LAS 2:00 PM
RESPUESTA A OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES	14/02/2019
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES.

DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE

JURÍDICOS:

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED)
2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 6 ENTREGADO POR LA SUBRED)
3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 7 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. 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 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., 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 - POLICÍA NACIONAL, DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA

POLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA: EN LAS OFERTAS CUYA CUANTÍA SEA IGUAL O SUPERIOR A 150 S.M.M.L.V., EL OFERENTE DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE PRESENTEN EN CASO DE QUE EL SELECCIONADO NO SE ALLANE A LA CELEBRACIÓN DEL RESPECTIVO

14. CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DE LA PROPUESTA Y TENDRÁ UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO PARA LA ACEPTACIÓN O SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.

FINANCIEROS:

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

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. 8 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.
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 HABILITANTES: Revisar Anexo 1 y Anexo 2.

1. RECURSO HUMANO

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

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

B. PERSONAL AUXILIAR

DEBERÁ OFERTAR 1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA CADA UNA DE LAS UMHEs EN DONDE REALICE PROCEDIMIENTOS (SIMÓN BOLÍVAR, CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS, CHAPINERO Y ENGATIVÁ-CALLE 80).

- A) TÍTULO AUXILIAR EN ENFERMERÍA OTORGADO POR INSTITUTO RECONOCIDO OFICIALMENTE.
- B) TARJETA PROFESIONAL.
- C) INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS.

La subred integrada de servicios de salud norte E.S.E, proveerá el personal requerido para:

- * Proceso de asignación de citas, procedimientos y facturación
- * Auxiliares de enfermería de apoyo en el servicio
- * Enfermera jefe de servicio, en las UMHEs Simón Bolívar y en el CAPS Chapinero

TÉCNICOS CALIFICABLES: Revisar Anexo 1 y Anexo 2.

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

2. EXPERIENCIA DEL OFERENTE - CALIFICABLE (250 PUNTOS)

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

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

LAS CERTIFICACIONES DEBEN CONTENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- A. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE.

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

LA VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PROPONENTES SE REALIZARÁ EN EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES CONFORME AL DECRETO 1082 DE 2015.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTAS CERTIFICACIONES.

3. ESPECIFICACIONES EQUIPOS (250 PUNTOS) (ANEXO NO. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) HOJA DE VIDA DE EQUIPO MÉDICO.

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

1. LAS HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS PROPUESTOS.
2. LA PÓLIZA DONDE SE AMPARAN CONTRA TODO RIESGO.
3. LAS HOJAS DE VIDA DE LOS INGENIEROS ENCARGADOS DEL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS Y/O EMPRESA ADEMÁS EL SOPORTE DEL CONTRATO PAGO.

LA INSTALACIÓN, SOPORTE TÉCNICO Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL PROPONENTE ESTARÁN A CARGO DE ESTE Y DEBEN CONTAR CON LA PROTECCIÓN ELÉCTRICA REQUERIDA, AL IGUAL QUE CON LOS RESPECTIVOS MANUALES DE OPERACIÓN EN MEDIO FÍSICO Y ELECTRÓNICO.

LOS EQUIPOS DEL PROVEEDOR DEBERÁN ESTAR ASEGURADOS DIRECTAMENTE POR ÉL, AL IGUAL QUE SU MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, INCLUYENDO MANO DE OBRA Y REPUESTOS Y SE OBLIGARÁN A CONTAR CON CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVO DE LOS MISMOS.

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

LOS EQUIPOS CON LOS QUE CUENTA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. QUE PODRÁN SER UTILIZADOS POR EL PROVEEDOR.

Tabla. Equipos de inventario de la Subred Norte

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

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

DE ACUERDO CON LA PRODUCCIÓN HISTÓRICA OBSERVADA, SE REQUIEREN COMO MÍNIMO LOS SIGUIENTES EQUIPOS QUE DEBERÁN SER PROVEÍDOS POR EL PROPONENTE SELECCIONADO:

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

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

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

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

EQUIPOS	PUNTAJE POR CADA EQUIPOS	PUNTAJE TOTAL DE EQUIPOS
---------	--------------------------	--------------------------

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

INSUMOS, DISPOSITIVOS Y CONSUMIBLES

LOS POSIBLES PROPONENTES DISPONDRÁN DE UN STOCK MÍNIMO DE INSUMOS DENTRO DEL SERVICIO PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO OPERATIVO Y GARANTIZARA LA CALIDAD DE TODOS SUS PRODUCTOS.

LISTADO DE INSUMOS

EL PROPONENTE DEBERÁ PROVEER LOS SIGUIENTES INSUMOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- BANDEJAS PARA INMERSIÓN
- CEPILLOS PARA LIMPIEZA DE CANALES DE ENDOSCOPIOS
- CEPILLOS PARA LIMPIEZA DE VÁLVULAS DE ENDOSCOPIOS
- PINZAS PARA BIOPSIAS POR COLONOSCOPIA
- PINZAS PARA BIOPSIAS POR ESOFAGOGASTROSCOPIAS
- ASAS PARA POLIPECTOMIAS ENDOSCÓPICAS
- INYECTORES PARA ESCLEROSIS
- GEL AISLANTE PARA USO DE PLACA DE UNIDAD ELECTRO QUIRÚRGICA: FRASCO 500 ML (GARANTIZARA EL NÚMERO NECESARIO DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO)
- PANTALONETAS COLONOSCOPIA Y RECTOSIGMOIDOSCOPIA
- PROTECTORES BUCALES Y FACIALES Y BATAS DE PROTECCIÓN ANTI FLUIDOS.
- Y EN GENERAL TODO LO REQUERIDO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.

Los medicamentos necesarios para la realización de procedimientos serán provistos por la institución, como: medios de contraste, adrenalina, buscapina, soluciones (salina, lactato, dextrosa), medicamentos anestésicos (propofol, ketamina), lidocaína jalea, lidocaína spray, entre otros.

ECONÓMICOS:

PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS Y VALOR

1. TOTAL DE LA PROPUESTA. TENIENDO EN CUENTA LA DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR TAL CUAL SE DESCRIBE EN LAS ESPECIFICACIONES DE LA PRESENTE INVITACIÓN. (ANEXO No. 10 ENTREGADO POR LA SUBRED).
2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.
3. EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE. PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) INDICADORES. A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$. B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}}$. C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBEBRÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.
Económicos	SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, FINANCIERA, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) VALOR UNITARIO TOTAL Y VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN. LA CALIFICACIÓN DE PRECIOS SERÁ EQUIVALENTE A UN PUNTAJE DE QUINIENTOS (500) PUNTOS MÁXIMO. LA CALIFICACIÓN DE PRECIOS SERÁ APLICADA POR FÓRMULA MATEMÁTICA (REGLA DE TRES) DONDE EL MAYOR PUNTAJE LO OBTENDRÁ EL MENOR PRECIO DE OFERTA PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. OBTENDRÁ QUINIENTOS (500) PUNTOS LA OFERTA DE MENOR VALOR Y EN FORMA INVERSAMENTE PROPORCIONAL LAS DEMÁS PROPUESTAS.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN					
Valor	\$	600.000.000	No.	329	
Rubro Presupuestal	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		Fecha del CDP	31/01/2020	
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	(4) CUATRO 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: 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 EXTRACONTRACTUAL: 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 VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - 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 GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. - LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.				
	ESPECÍFICAS - PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTANDO LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. - DILIGENCIAR Y LLENAR LOS DIFERENTES FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADÍSTICOS. - PRESENTAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA QUE SEAN EXIGIDOS POR LA SUPERVISIÓN TÉCNICA, EL ÁREA DE CALIDAD Y DIFERENTES ENTES INSTITUCIONALES. - ADHERENCIA A LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN. - PRESENTAR MENSUALMENTE CON LA CUENTA EL INFORME DE GESTIÓN DEL SERVICIO, SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y SOBRE LOS INDICADORES DEL SERVICIO PREVIAMENTE ACORDADOS CON EL SUPERVISOR.				

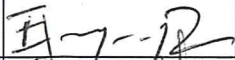
Obligaciones del Contratista

6. HUMANIZACIÓN: EL EQUIPO DEBE DAR UN TRATO AMABLE Y RESPETUOSO A COMPAÑEROS Y USUARIOS; RESPETAR SU PRIVACIDAD Y DIGNIDAD, ASÍ COMO GUARDAR CONFIDENCIALIDAD D SOBRE SU ESTADO DE SALUD, RESPETANDO CREDOS, RAZA Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA. ADEMÁS SE HARÁ ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO CON EXPLICACIÓN CLARA Y DETALLADA DEL ESTADO DE SALUD TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA Y DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR (CONSENTIMIENTO INFORMADO).
7. SEGURIDAD DEL PACIENTE: EL SERVICIO DEBERÁ ADHERIRSE AL PROGRAMA DE SEGURIDAD ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN, PARA LO CUAL SE APLICARÁ UNA LISTA DE CHEQUEO DE LOS PROCEDIMIENTOS, CON EL FIN DE DISMINUIR EL NÚMERO DE COMPLICACIONES Y LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS.
8. REPORTAR EN FORMA OPORTUNA LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, ASÍ COMO LAS COMPLICACIONES, EVENTOS DE FÁRMACO Y TECNOVIGILANCIA Y EN GENERAL SITUACIONES DE DIFERENTE ÍNDOLE RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL SERVICIO. FINALMENTE DEBE HACERSE MEDICIONES Y ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES SUMINISTRANDO INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED.
9. DILIGENCIAR LOS DIFERENTES FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE TENGA LA INSTITUCIÓN, CON CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD.
10. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME ESTADÍSTICO MENSUAL QUE SERÁ REQUISITO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA.
11. LA SUBRED NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR EL CUIDADO Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS CON LOS QUE EL CONTRATISTA PRESTA EL SERVICIO, COMO TAMPOCO POR LOS DAÑOS QUE POR CUESTIONES INHERENTES AL USO SE LES CAUSE.
12. EL CONTRATISTA DEBERÁ CONTAR PERMANENTEMENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA UNA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, INCLUIDO EQUIPO DE CÓMPUTO, ESTABILIZADORES, IMPRESORAS, PANTALLAS, TECLADOS Y GRABADORAS.
13. Proveer el carro de paro (mueble) en las sedes donde la subred norte lo requiera, en cumplimiento a la resolución 2003 de 2014 requisitos para la prestación de servicios (habilitación) y la política de atención excelente y segura de la subred norte ese.
14. LOS SERVICIOS DEBERÁN SER OFERTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:
- DE FORMA PERMANENTE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR,
 - EN LAS UNIDADES DE SUBA Y ENGATIVÁ DEBERÁN SER OFERTADOS DURANTE MÍNIMO TRES DÍAS A LA SEMANA.
 - SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE GASTROENTEROLOGÍA ADULTO EN LA UNIDAD DE CHAPINERO, CON LA FRECUENCIA QUE LA INSTITUCIÓN REQUIERA Y DE ACUERDO A LA DEMANDA DEL SERVICIO.
 - EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA EL OFERENTE PRESENTARÁ LA PROPUESTA DE SERVICIO REQUERIDA DE ACUERDO A DEMANDA.
15. EL OFERENTE SE COMPROMETE A REALIZAR UN SEGUIMIENTO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO REALIZADO EN UN LAPSO NO MAYOR A 24 HORAS, QUE NO CONTARA COMO INTERCONSULTA, DEBIDAMENTE REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.
16. EL OFERENTE DEBERÁ RELACIONAR EN LOS INFORMES PRESENTADOS CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, LOS CUALES DEBERÁN SER ACORDES A LOS SOLICITADOS POR EL MÉDICO TRATANTE
17. LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS QUE SURGEN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEBERÁN REPOSAR DENTRO DEL SERVICIO EN UN ARCHIVO DE ACUERDO A LOS TIEMPOS FIJADOS EN EL ARTÍCULO 15 DE LA RESOLUCIÓN O PODRÁN EFECTUAR LA ENTREGA DE LAS IMÁGENES QUE REPOSAN EN ESTOS ARCHIVOS, AL USUARIO, DEJANDO CONSTANCIA DE ELLO EN LA HISTORIA CLÍNICA.
18. TODOS LOS SERVICIOS DEBERÁN CUMPLIR CRITERIOS DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD DESCRITOS EN FACTORES HABILITANTES.
19. DE OTRO LADO LOS POSIBLES PROPONENTES DEBERÁN GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE DAÑOS EN EQUIPOS DISPONIENDO DE UN PLAN DE CONTINGENCIA (PLAN ESPEJO) QUE IMPLIQUE LA TOMA DEL ESTUDIO SOLICITADO EN LAS MISMAS CONDICIONES DE LA OFERTA ORIGINAL, EN UNA SEDE ALTERNA Y EN CASO ESTRUCTAMENTE NECESARIO O LA DISPOSICIÓN DE EQUIPOS Y RECURSO HUMANO DE RESPALDO EN UN PLAZO NO MAYOR A SEIS (6) HORAS
20. El oferente deberá llevar control del número de actividades mínimas y máximas pactadas con las diferentes EAPB.
19. EL PROPONENTE DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO A LAS ESPECIFICACIONES DE OPORTUNIDAD QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN:
- CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA MENOR A 15 DÍAS.
 - INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA MENOR A 48 HORAS INCLUIDOS DÍAS NO HÁBILES
 - CONSIDERANDO QUE LA INSTITUCIÓN OFERTA EL SERVICIO EN VARIAS SEDES, SE UBICARÁ AL USUARIO EN LA SEDE DEFINIDA PARA LA UBICACIÓN DEL ESPECIALISTA DISPONIBLE PARA EL SERVICIO.
 - PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS PROGRAMADOS AMBULATORIOS MENOR A 15 DÍAS
 - PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS URGENTES MENOR A 24 HORAS.
 - PROCEDIMIENTOS ESPECIALES MENOR A 72 HORAS

ACLARACIONES

En caso de aclaraciones

EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO, EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MENSAJE AL CORREO ELECTRÓNICO comprasrednorte1@gmail.com

ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 4: HOJA DE VIDA DE EQUIPO MEDICO. ANEXO 5: ROTULACIÓN DE SOBRES. ANEXO 6: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 7: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES. ANEXO 8: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 9: FORMULARIO SARLAFT. ANEXO 10: ANEXO ECONÓMICO.		
APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO TÉCNICO N° 1

DESCRIPCIÓN TÉCNICA OBJETO DE LA CONTRATACION

Contratar la prestación del servicio de gastroenterología que incluye el recurso humano, recurso tecnológico e insumos para el diagnóstico y tratamiento invasivo de la especialidad en los diferentes niveles de complejidad en las USS que componen la Subred Integrada de servicios de salud del norte, así como las actividades de consulta e interconsulta especializada, con el fin de garantizar la complementariedad e integralidad de la atención a los usuarios de La Subred Norte E.S.E.

La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. Es así como en Colombia dentro del texto de la constitución política señala en el "Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".

Principio fundamental que busca cumplirse a través de la expedición de la Ley 100 de 1993 con el artículo 195 con la creación de las empresas sociales del Estado, como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, quienes a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad pueda dar cumplimiento a las satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.

La Subred Norte ESE, tiene habilitado el servicio de gastroenterología, el cual es ofertado para la población subsidiada, contributiva, participante vinculada y particular de las localidades en las que tiene injerencia de acuerdo a la contratación que la Institución tiene con el Fondo Financiero Distrital de Salud y las diferentes EAPB y el convenio de fortalecimiento de CAPS N° 673, por lo anterior y en razón a que la Institución no cuenta con el recurso tecnológico, logístico y humano que permita dicha prestación, es necesario convocar a los interesados a prestar un servicio integral de gastroenterología dentro de los mejores estándares de calidad técnico científico y humano, en virtud de la alta demanda del mismo y el carácter prioritario que tiene, identificando dentro de la ruta de atención, la necesidad de continuar prestándolo en las USS de la Subred Norte ESE.

La siguiente tabla describe los procedimientos mínimos a realizar:

SERVICIOS A OFERTAR

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD (DATO INFORMATIVO)
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGÍA	CONSULTA	450
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	PROCEDIMIENTO	3
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	PROCEDIMIENTO	105
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	360
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	PROCEDIMIENTO	8
6	ENDOSCOPIA MAS ESCISION ENDOSCOPICA DE POLIPOS GASTRICOS	PROCEDIMIENTO	1
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	PROCEDIMIENTO	1
8	ANOSCOPIA	PROCEDIMIENTO	1
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	PROCEDIMIENTO	1
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	PROCEDIMIENTO	10
11	COLONOSCOPIA TOTAL	PROCEDIMIENTO	280
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	PROCEDIMIENTO	104
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	1
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	1
15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	PROCEDIMIENTO	1
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	PROCEDIMIENTO	1
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	PROCEDIMIENTO	1
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	PROCEDIMIENTO	1
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	PROCEDIMIENTO	56
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	PROCEDIMIENTO	1
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN *	PROCEDIMIENTO	1
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	PROCEDIMIENTO	1
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO *	PROCEDIMIENTO	2
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	PROCEDIMIENTO	27
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	PROCEDIMIENTO	6
26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	PROCEDIMIENTO	6
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	PROCEDIMIENTO	6
28	ULTRASONOGRAFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	PROCEDIMIENTO	1

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41
PBX.: 57(1) 443 1790
www.subrednorte.gov.co
INF.: Línea 195

29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS PIGTAIL, DILATADOR, CISTOTOMO) *	PROCEDIMIENTO	1
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	PROCEDIMIENTO	1
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	PROCEDIMIENTO	6
32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	PROCEDIMIENTO	1
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	PROCEDIMIENTO	1
34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	PROCEDIMIENTO	1
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE Sonda de TUNGSTENO *	PROCEDIMIENTO	2
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES)	PROCEDIMIENTO	1
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCÓPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	PROCEDIMIENTO	17
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	PROCEDIMIENTO	1
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	PROCEDIMIENTO	1
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	PROCEDIMIENTO	1
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	PROCEDIMIENTO	1
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO *	PROCEDIMIENTO	1
43	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	PROCEDIMIENTO	1
44	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREATICO *	PROCEDIMIENTO	1
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS DE LA VIA BILIAR *	PROCEDIMIENTO	1
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCÓPICA *	PROCEDIMIENTO	1
47	CPRE MAS DILATACION NEUMATICA DE LA VIA BILIAR *	PROCEDIMIENTO	1
48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA BILIAR *	PROCEDIMIENTO	1
49	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT, DILATADORES E INSUMOS) *	PROCEDIMIENTO	1
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	PROCEDIMIENTO	2
51	MANOMETRIA RECTAL *	PROCEDIMIENTO	13
52	PH METRIA ESOFAGICA *	PROCEDIMIENTO	0
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	PROCEDIMIENTO	1
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	PROCEDIMIENTO	1
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	PROCEDIMIENTO	1
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	PROCEDIMIENTO	1
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	PROCEDIMIENTO	1

58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	PROCEDIMIENTO	1
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	PROCEDIMIENTO	1

Fuente: Gestión de la información – Oficina de Desarrollo Institucional noviembre 2019

Los procedimientos que no estén descritos en la tabla anterior y que sean requeridos en algún momento por la Subred Norte, deberán ser autorizados por el supervisor del contrato y se realizarán únicamente hasta que haya la legalización formal.

DOCUMENTOS DE CARÁCTER TÉCNICO - FACTOR HABILITADOR

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

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

1. FACTORES HABILITANTES

Los posibles proponentes deberán proveer los equipos y el recurso humano necesarios para la demanda proyectada del servicio en condiciones de calidad y oportunidad.

En la solicitud realizada para esta invitación a cotizar, se discrimina las actividades promedio mes a realizar con la observación de que, acorde con las expectativas actuales, dicha producción puede aumentar o disminuir por lo que de común acuerdo con la subgerencia de servicios de salud y el supervisor del contrato se solicitará a la gerencia y demás áreas pertinentes la aprobación de las modificaciones presupuestales correspondientes.

Es importante aclarar que el portafolio de servicios de los posibles proponentes debe disponer del listado de actividades y procedimientos especificados en el anexo no 1 para cubrir la demanda potencial del servicio para que en estas condiciones, la institución pueda ofertar un completo portafolio de servicios y brindar servicios con la mayor complementariedad e integralidad posibles.

1.1 RECURSO HUMANO

Los posibles proponentes deberán garantizar la disponibilidad del recurso humano profesional para la prestación de servicios con criterios de oportunidad, continuidad, integralidad, seguridad y competencia profesional ajustando las agendas de los profesionales a los requerimientos de la institución para la cobertura de los servicios de consulta externa y procedimientos en cada una de las USS que componen la subred norte ese donde se prestará el servicio, ceñidos a la política de calidad, dando aplicación a los procesos y guías médicas.

Para la verificación de las condiciones del personal, los posibles proponentes acreditarán la idoneidad y experiencia exigida allegando con la propuesta las hojas de vida del equipo profesional con el cual se ejecutarán las actividades, anexando para el perfil requerido los siguientes documentos:

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

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41

PBX.: 57(1) 443 1790

www.subrednorte.gov.co

INF.: Línea 195

- Especialistas en el área de gastroenterología suficientes para cubrir los servicios y que permitan el cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos y que hacen parte de la presente convocatoria:
- Título profesional de pregrado en medicina otorgado por universidad reconocida oficialmente por el gobierno colombiano.
- Título profesional de posgrado en cirugía general o medicina interna, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado).
- Título profesional de gastroenterología otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado)
- Tarjeta profesional y/o registro médico expedida por la secretaria distrital de salud.
- Todos los profesionales deben contar con un mínimo de un año de experiencia certificada en el ejercicio de su profesión.
- Los especialistas y subespecialistas que hayan cursado sus estudios de pregrado y posgrado en el exterior deben contar con validación ante el ministerio de educación.
- para los procedimientos que requieran sedación, el proponente deberá contar con profesional especialista en anestesiología y/o médico general con certificación, los cuales deberán cumplir con los requisitos normativos exigidos por la ley.
- soporte de Inscripción al RETHUS
- soporte de inscripción al MIPRES como prescriptor.

B) PERSONAL AUXILIAR

Deberá ofertar 1 auxiliar de enfermería por cada una de las UMHEs en donde realice procedimientos (Simón Bolívar, Centro de Servicios Especializados, Chapinero y Engativá-Calle 80).

- a) Título auxiliar en enfermería otorgado por Instituto reconocido oficialmente.
- b) Tarjeta profesional.
- c) Inscripción en el RETHUS.

La subred integrada de servicios de salud norte E.S.E, proveerá el personal requerido para:

- Proceso de asignación de citas, procedimientos y facturación
- Auxiliares de enfermería de apoyo en el servicio
- Enfermera jefe de servicio, en las UMHEs Simón Bolívar y en el CAPS Chapinero

EVALUACIÓN TÉCNICA- FACTORES CALIFICABLES

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

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

1.2 EXPERIENCIA DEL OFERENTE - CALIFICABLE (250) PUNTOS

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

CERTIFICACIONES ENTRE 1 Y 1000 SMMLV: 100 PUNTOS

CERTIFICACIONES ENTRE 1001 Y 2000 SMMLV: 150 PUNTOS.

CERTIFICACIONES ENTRE 2001 Y 3000 SMMLV: 200 PUNTOS

CERTIFICACIONES ENTRE 3001 Y 4000 SMMLV: 250 PUNTOS.

Las certificaciones deben contener la siguiente información:

- A. Nombre o razón social del contratante.
 - B. Nombre o razón social del contratista.
 - C. Fecha de iniciación y de terminación.
 - D. Objeto del contrato.
 - E. Valor del contrato
- La verificación de la experiencia de los proponentes se realizará en el registro único de proponentes conforme al decreto 1082 de 2015.
 - La subred integrada de servicios de salud norte ese se reserva el derecho de verificar la información suministrada en estas certificaciones.

1.3 ESPECIFICACIONES DE LOS EQUIPOS -CALIFICABLE (250 PUNTOS)

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

1. Las hojas de vida de los equipos biomédicos propuestos
 2. La póliza donde se amparan contra todo riesgo
 3. Las hojas de vida de los ingenieros encargados del mantenimiento de los equipos y/o empresa además el soporte del contrato pago.
- La instalación, soporte técnico y mantenimiento de los equipos de propiedad del proponente estarán a cargo de este y deben contar con la protección eléctrica requerida, al igual que con los respectivos manuales de operación en medio físico y electrónico.
 - Los equipos del proveedor deberán estar asegurados directamente por él, al igual que su mantenimiento preventivo y correctivo, incluyendo mano de obra y repuestos y se obligarán a contar con cronograma de mantenimientos preventivo de los mismos.
 - La hoja de vida de los equipos deberá contener las características del equipo como: marca, modelo, serie, tipo de equipo, estado, historial de mantenimiento correctivo y preventivo, así como cualquier otra característica que defina el área de ingeniería biomédica de la subred norte ese.

A continuación se relacionan los equipos con los que cuenta la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E, que podrán ser utilizados por el proveedor.

Tabla. Equipos de inventario de la Subred Norte

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

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

El proponente de acuerdo con la producción histórica observada requiere como mínimo los siguientes equipos que deberán ser proveídos por el:

- Dos videos gastroscopios
- Dos videos colonoscopios
- Un video enteroscopia
- Un video duodenoscopia
- Seis succionadores
- Cinco monitores de signos vitales
- Un anoscopio
- Un equipo para irrigación de canales de endoscopia.
- Un arco en c (con estudios radiológicos correspondientes)
- Y los demás que se requieran para garantizar la integralidad del servicio en la subred norte.

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

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

CANTIDAD	FACTORES DE EVALUACION TECNICA	CALIFICACION
2	VIDEO GASTROSCOPIOS	30 PUNTOS (15C/U)
2	VIDEOS COLONOSCOPIOS	30 PUNTOS (15C/U)
1	VIDEO ENTEROSCOPIO	15 PUNTOS
1	VIDEO DUODENOSCOPIO	15 PUNTOS
6	SUCCIONADORES	60 PUNTOS (10 C/U)
5	MONITORES DE SIGNOS VITALES	50 PUNTOS (10 C/U)
1	ANOSCOPIO	15 PUNTOS
1	EQUIPO PARA IRRIGACIÓN DE CANALES DE ENDOSCOPIO	15 PUNTOS
1	ARCO EN C	20 PUNTOS
	TOTAL	250 PUNTOS

ANEXO N° 2 INSUMOS

INSUMOS, DISPOSITIVOS Y CONSUMIBLES

Los posibles proponentes dispondrán de un stock mínimo de insumos dentro del servicio para el correcto funcionamiento operativo y garantizará la calidad de todos sus productos.

LISTADO DE INSUMOS

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

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

Los medicamentos necesarios para la realización de procedimientos serán provistos por la institución, como: medios de contraste, adrenalina, buscapina, soluciones (salina, lactato, dextrosa), medicamentos anestésicos (propofol, ketamina), lidocaína jalea, lidocaína spray, entre otros.

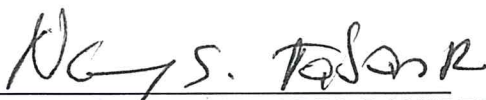
ANEXO N° 3 OBLIGACIONES

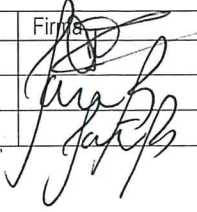
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato.
2. Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos.
3. Presentar y dar cumplimiento a los planes de mejora que sean exigidos por la supervisión técnica, el área de calidad y diferentes entes institucionales.
4. Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución
5. Presentar mensualmente con la cuenta el informe de gestión del servicio, sobre las actividades desarrolladas y sobre los indicadores del servicio previamente acordados con el supervisor.
6. Humanización: el equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad sobre su estado de salud, respetando credos, raza y condición socio económica. Además se hará énfasis en el mejoramiento continuo con explicación clara y detallada del estado de salud tanto al paciente como a su familia y del procedimiento a realizar (consentimiento informado).
7. seguridad del paciente: el servicio deberá adherirse al programa de seguridad establecido por la institución, para lo cual se aplicará una lista de chequeo de los procedimientos, con el fin de disminuir el número de complicaciones y la ocurrencia de eventos adversos.
8. reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en el servicio, así como las complicaciones, eventos de fármaco y tecnovigilancia y en general situaciones de diferente índole relacionadas con la atención del servicio. Finalmente debe hacerse mediciones y análisis de las complicaciones suministrando información requerida por la subred.
9. diligenciar los diferentes formatos de la historia clínica que tenga la institución, con cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 del ministerio de salud.
10. el oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura.
11. la subred no asume ninguna responsabilidad por el cuidado y custodia de los equipos con los que el contratista presta el servicio, como tampoco por los daños que por cuestiones inherentes al uso se les cause.
12. el contratista deberá contar permanentemente con todos los elementos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados y grabadoras.
13. Proveer el carro de paro (mueble) en las sedes donde la subred norte lo requiera, en cumplimiento a la resolución 2003 de 2014 requisitos para la prestación de servicios (habilitación) y la política de atención excelente y segura de la subred norte ese.
14. Los servicios deberán ser ofertados de la siguiente manera:
 - De forma permanente en la unidad de servicios de salud simón bolívar,
 - En las unidades de Suba y Engativá deberán ser ofertados durante mínimo tres días a la semana.

- Servicios de consulta externa y procedimientos ambulatorios de gastroenterología adulto en la unidad de chapinero, con la frecuencia que la institución requiera y de acuerdo a la demanda del servicio.
- En el área de gastroenterología pediátrica el oferente presentara la propuesta de servicio requerida de acuerdo a demanda.
- 15. El oferente se compromete a realizar un seguimiento posterior al procedimiento realizado en un lapso no mayor a 24 horas, que no contara como interconsulta, debidamente registrado en la historia clínica del paciente.
- 16. El oferente deberá relacionar en los informes presentados cada uno de los procedimientos realizados, los cuales deberán ser acordes a los solicitados por el médico tratante
- 17. Las imágenes diagnosticas que surgen de los procedimientos deberán reposar dentro del servicio en un archivo de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la resolución o podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.
- 18. Todos los servicios deberán cumplir criterios de oportunidad y calidad descritos en factores habilitantes
- 19. De otro lado los posibles proponentes deberán garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos disponiendo de un plan de contingencia (plan espejo) que implique la toma del estudio solicitado en las mismas condiciones de la oferta original, en una sede alterna y en caso estrictamente necesario o la disposición de equipos y recurso humano de respaldo en un plazo no mayor a seis (6) horas.
- 20. El oferente deberá llevar control del número de actividades mínimas y máximas pactadas con las diferentes EAPB.
- 21. El proponente deberá dar cumplimiento a los criterios de oportunidad que a continuación se describen:
 - Consulta médica especializada menor a 15 días.
 - Interconsulta médica especializada menor a 48 horas incluidos días no hábiles
 - Considerando que la institución oferta el servicio en varias sedes, se ubicará al usuario en la sede definida en donde se encuentra el especialista disponible para el servicio.
 - Procedimientos endoscópicos programados ambulatorios menor a 15 días
 - Procedimientos endoscópicos urgentes menor a 24 horas.
 - Procedimientos especiales menor a 72 horas

FIRMA:


NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
 Subgerente de Servicios de Salud

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Andrea Viviana Soler Garcia	Apoyo Profesional Subgerencia de Servicios de Salud	
Proyectado por:	Patricia Pérez	Directora de Servicios Ambulatorios	
Revisado por:	Patricia Pérez	Directora de Servicios Ambulatorios	

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41
 PBX.: 57(1) 443 1790
 www.subrednorte.gov.co
 INF.: Línea 195

HOJA DE VIDA DE EQUIPO MÉDICO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLÓGICO

CODIGO: AP-AT-F-06-02

VERSION : 2

PAGINA : 1 DE 2

FECHA: 09/06/2017

A. DESCRIPCIONES GENERALES

1. IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO		2. UBICACIÓN		3. FOTO	4. FUNCIÓN
NOMBRE:		CENTRO DE ATENCIÓN:			
MARCA:		SERVICIO:			
MODELO:		ÁREA:			
SERIE:		PISO:			
ACTIVO:		FIJO:	MOVIL		
REGISTRO SANITARIO:					
5. FORMA DE ADQUISICIÓN		6. DATOS DEL PROVEEDOR		9. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	
COMPRA :	CONTRATO:	RAZÓN SOCIAL:		FRECUENCIA (Hz):	
DONACIÓN:	CONTRATO:	TELÉFONO:		VOLTAJE (V):	
COMODATO:	CONTRATO:	DIRECCIÓN:		CORRIENTE (A):	
ALQUILER:	CONTRATO:	CIUDAD:		POTENCIA (W):	
OTRO:	CUAL:	FABRICANTE:		TEMPERATURA (°C):	
		PAÍS:		PESO (Kg):	
7. REGISTRO HISTÓRICO		8. FUENTES DE ALIMENTACIÓN		CAPACIDAD (Kg):	
FECHA DE ADQUISICIÓN		AGUA:	ELECTRICIDAD:	HUMEDAD (%):	
FECHA DE INSTALACIÓN		AIRE:	ENERGÍA SOLAR:	OTRO:	
FECHA INICIO GARANTÍA		GAS NATURAL:	ACPM:		
FECHA FINAL GARANTÍA		VAPOR:	NEUMÁTICO:		

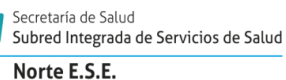
B. REGISTRO DE APOYO TÉCNICO

1. MANUALES		2. PLANOS		3. USO		4. RIESGO		5. CLASIFICACIÓN SEGÚN COMPLEJIDAD	
OPERACIÓN:		ELECTRÓNICOS:		MÉDICO:		MUY ALTO (III)		ALTA TECNOLOGÍA:	
MANTENIMIENTO:		ELÉCTRICOS:		BÁSICO:		ALTO (IIB)		MEDIA TECNOLOGÍA:	
PARTES:		NEUMÁTICOS:		APOYO:		MEDIO (IIA)		BAJA TECNOLOGÍA:	
DESPIECES:		MECÁNICOS:		INDUSTRIAL:		BAJO (I)			
		HIDRÁULICOS:							
6 CLASE DE TECNOLOGÍA				7. CLASIFICACIÓN BIOMÉDICA					
ELÉCTRICO:		HIDRÁULICO:		APOYO DIAGNÓSTICO:					
ELECTRÓNICO:		NEUMÁTICO:		TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA VIDA:					
MECÁNICO:		VAPOR:		ANÁLISIS DE LABORATORIO:					
ELECTROMECAÁNICO:		SOLAR:		REHABILITACIÓN:					
				PREVENCIÓN:					

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

C. REGISTRO DE MANTENIMIENTO

1. TIPO DE MANTENIMIENTO		2. RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO		3. PERIODICIDAD DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	
PROPIO:	GARANTÍA:	NOMBRE:		TRIMESTRAL:	SEMESTRAL:
CONTRATADO:	COMODATO:	TELÉFONO:	CONTRATO:	CADA 4 MESES:	ANUAL:



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGICO

FECHA: 09/06/2017

[illegible]

ANEXO No. 5
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 LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO , RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

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. 6
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 7
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	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2	
			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		
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NÚMERO:		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:		
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)				
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐				
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SI ☐ NO ☐ RENTA/CREE ☐ IVA ☐ ICA ☐ PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA		
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:				
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		NÚMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
4. 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	CIUDAD	PAÍS
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 Prestadoras 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 No 10. INVITACIÓN A COTIZAR No 021-2020 S.NTE

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA (Si aplica)	V/R TOTAL
1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	1	Consulta	450			\$ -
2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	1	Procedimiento	3			\$ -
3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	1	Procedimiento	105			\$ -
4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR , HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	360			\$ -
5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	1	Procedimiento	8			\$ -
6	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCION DE CALCULOS DE VIAS BILIARES	1	Procedimiento	1			\$ -
7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	1			\$ -
8	ANOSCOPIA	1	Procedimiento	1			\$ -
9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	1	Procedimiento	1			\$ -
10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	1	Procedimiento	10			\$ -
11	COLONOSCOPIA TOTAL	1	Procedimiento	280			\$ -
12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	104			\$ -
13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1			\$ -
14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1			\$ -
15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	1	Procedimiento	1			\$ -
16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	1	Procedimiento	1			\$ -
17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	1	Procedimiento	1			\$ -
18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	1	Procedimiento	1			\$ -
19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	1	Procedimiento	56			\$ -
20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	1	Procedimiento	1			\$ -
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN	1	Procedimiento	1			\$ -

ANEXO No 10. INVITACIÓN A COTIZAR No 021-2020 S.NTE

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA (Si aplica)	V/R TOTAL
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	1	Procedimiento	1			\$ -
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO *	1	Procedimiento	2			\$ -
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	1	Procedimiento	27			\$ -
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	1	Procedimiento	6			\$ -
26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	1	Procedimiento	6			\$ -
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	1	Procedimiento	6			\$ -
28	ULTRASONOGRAFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	1	Procedimiento	1			\$ -
29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS IGTAIL, DILATADOR, CISTOTOMO)	1	Procedimiento	1			\$ -
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	1	Procedimiento	1			\$ -
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	1	Procedimiento	6			\$ -
32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	1	Procedimiento	1			\$ -
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	1	Procedimiento	1			\$ -
34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	1	Procedimiento	1			\$ -
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE Sonda de TUNGSTENO *	1	Procedimiento	2			\$ -
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECIÓN ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES)	1	Procedimiento	1			\$ -
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	1	Procedimiento	17			\$ -
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	1	Procedimiento	1			\$ -

ANEXO No 10. INVITACIÓN A COTIZAR No 021-2020 S.NTE

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA (Si aplica)	V/R TOTAL
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLÓNICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	1	Procedimiento	1			\$ -
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLÓNICO PARA FISTULAS PLÁSTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	1	Procedimiento	1			\$ -
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALÓN *	1	Procedimiento	1			\$ -
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO *	1	Procedimiento	1			\$ -
43	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	1	Procedimiento	1			\$ -
44	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO *	1	Procedimiento	1			\$ -
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECÁNICA DE CALCULOS DE LA VÍA BILIAR *	1	Procedimiento	1			\$ -
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCÓPICA *	1	Procedimiento	1			\$ -
47	CPRE MAS DILATACIÓN NEUMÁTICA DE LA VÍA BILIAR *	1	Procedimiento	1			\$ -
48	CPRE MAS DILATACIÓN CON SCHÖLLENDRA DE LA VÍA BILIAR *	1	Procedimiento	1			\$ -
49	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT,DILATADORES E INSUMOS) *	1	Procedimiento	1			\$ -
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	1	Procedimiento	2			\$ -
51	MANOMETRIA RECTAL *	1	Procedimiento	13			\$ -
52	PH METRIA ESOFAGICA *	1	Procedimiento	0			\$ -
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	1	Procedimiento	1			\$ -
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	1	Procedimiento	1			\$ -
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESIÓN DE COLÓN	1	Procedimiento	1			\$ -
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLUCIÓN DE SIGMOIDES	1	Procedimiento	1			\$ -
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	1	Procedimiento	1			\$ -
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACIÓN CON ARGÓN PLASMA (SESIÓN)	1	Procedimiento	1			\$ -

ANEXO No 10. INVITACIÓN A COTIZAR No 021-2020 S.NTE

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R UNITARIO	IVA (Si aplica)	V/R TOTAL
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	1	Procedimiento	1			\$ -
TOTAL OFERTA							\$ -

NOTA: El valor total de la propuesta no podra superar el valor del presupuesto para el presente proceso se aclara que el dato de consumo promedio mensual es un dato informativo y no se tiene en cuenta para la evaluación de la propuesta.

Por esta razón el oferente debe cotizar cada procedimiento por la CANTIDAD (1)

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre de la empresa

NIT