Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INVITACIÓN A COTIZAR**	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 049-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS 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	Especificación Técnica
1	MEZCLA NEONATAL DE INICIO TEMPRANO (3g AA NEONATALES-PEDIATRICOS 10g DAD 50ml VOLUMEN 100 ml)	BOLSA	UNIDAD	50	
2	MEZCLA NEONATAL (DAD 50 % CON/SIN AGUA) BOLSA 150 ML	BOLSA	UNIDAD	121	
3	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL SIN LIPIDOS DE 1 A 500mL	BOLSA	UNIDAD	30	
4	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE 1 A 500mL	BOLSA	UNIDAD	450	
5	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 1 A 500 ML	BOLSA	UNIDAD	200	
6	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA SIN LIPIDOS DE 501ML A 2500ML	BOLSA	UNIDAD	50	
7	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS DE 501ML A 2500ML	BOLSA	UNIDAD	120	
8	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 501ML A 2500ML	BOLSA	UNIDAD	60	
9	NUTRICION ESTÁNDAR PARA ADULTO 1000 ML	BOLSA	UNIDAD	50	
10	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS 1ML A 3000ML	BOLSA	UNIDAD	200	
11	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 1ML A 3000ML	BOLSA	UNIDAD	100	
12	DIPEPTIVEN 200mg/ml	FRASCO	UNIDAD	10	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	5 DE ABRIL DE 2019
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	Fecha: 9 DE ABRIL DE 2019 Hora: 11:00 AM Lugar: LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 OFICINA DE CORRESPONDENCIA, EN UN (1) ORIGINAL, Y UN (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	Fecha: 9 DE ABRIL DE 2019 Hora: 11:05 AM Lugar: CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 3 OFICINA DE COMPRAS
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 9 DE ABRIL DE 2019 Y EL 10 DE ABRIL DE 2019
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	11 DE ABRIL DE 2019
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES	FECHA 12 DE ABRIL DE 2019 HORA: 1:00 PM
RESPUESTA A OBSERVACIONES	13 DE ABRIL DE 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.A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN **(MODELO ANEXO NO. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
1.B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA **(MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES **(MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)**
3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN **(MODELO ANEXO No. 4 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 AMPLIADA AL 150%
8. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL)

INVITACIÓN A COTIZAR No. **049-2019 S.NTE**

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA

SARLAFT

PERSONA JURÍDICA

1. FORMATO ET-CA-FT-022 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA SARLAFT EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD **(ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED)**.
2. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.
3. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO.

PERSONA NATURAL

4 FORMATO ET-CA-FT-011 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (REPRESENTANTE LEGAL) SARLAFT EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD **(ANEXO No. 6 ENTREGADO POR LA SUBRED)**.

5 FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR).

6 ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).

NOTA: SE DEBEN DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN CASO DE QUE NO APLIQUE PONER N/A.
TODOS LOS CONCEPTOS DE INGRESO DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS. (ARRENDAMIENTOS, VENTA ACTIVOS, HERENCIAS, LEGADOS, DONACIONES, ETC.)
SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.

TÉCNICOS:

1 GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS CON LOS CUALES SE PREPAREN LAS NUTRICIONES CUENTEN CON REGISTRO SANITARIO INVIMA VIGENTE

2 PRESENTAR CERTIFICADO EN BUENAS PRACTICAS DE ELABORACIÓN (BPE) VIGENTE PARA LA PREPARACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES.

3 PRESENTAR FICHAS TÉCNICAS Y REGISTROS INVIMA DE LOS MATERIALES DE PARTIDA PARA LA PREPARACIÓN DE CADA NUTRICIÓN

4 PRESENTAR FICHAS TÉCNICAS Y REGISTROS INVIMA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS EMPLEADOS PARA SUMINISTRO DE LOS NUTRIENTES

5 PRESENTAR FICHA TÉCNICA LOS PRODUCTOS EN MARCA COMERCIAL (MACRO Y MICRONUTRIENTES) CON LOS CUALES SE REALIZA LA PREPARACIÓN, ESTO A FIN DE GARANTIZAR QUE LA PREPARACIÓN MAGISTRAL RESULTANTE CUMPLE CON LOS APORTES NUTRICIONALES Y CALÓRICOS REQUERIDOS.

ECONÓMICOS:

1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR UNITARIO TOTAL, POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS, SEGÚN ANEXO 7. ANEXO ECONÓMICO. NOTA. LA COTIZACIÓN SE DEBE HACER TENIENDO EN CUENTA LA UNIDAD DE MEDIDA. EL CONSUMO PROMEDIO MENSUAL ES SIMPLEMENTE UN DATO INFORMATIVO PARA QUE EL OFERENTE TENGA EN CUENTA LA MAGNITUD DE LA NECESIDAD, TODA VEZ QUE EL CONTRATO SALDRÁ A DEMANDA Y SU ADJUDICACIÓN SERÁ TOTAL
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.
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. (SE DEBE PRESENTAR LOS DOS FORMULARIOS CON SUS RESPECTIVOS ANEXOS)
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, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS (SE DEBE COTIZAR EL 100% DE LOS ITEMS). LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN CON ADJUDICACIÓN TOTAL Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN.
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120´000.000) M/CTE.		No.	703
Rubro Presupuestal	MEDICAMENTOS		Fecha del CDP	29/03/2019

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INVITACIÓN A COTIZAR**	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 049-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

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	TRES (3) MESES

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

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

Garantías de exigibilidad	A) **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 CUATRO (4) MESES MÁS. **B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES:** EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.
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) REALIZAR LAS ENTREGAS EN LOS SITIOS Y HORARIOS ESTABLECIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CUALQUIER EVENTUALIDAD EN LA ENTREGA DEBERÁ SER INFORMADO CON ANTELACIÓN. 2) LAS PREPARACIONES SOLICITADAS SERÁN A DEMANDA, INDEPENDIENTE DEL PROMEDIO ESTABLECIDO Y DEBERÁN SER DISPENSADOS DENTRO DE LAS 4 HORAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD EFECTUADA POR LA SUBRED NORTE. 3) LOS COMPONENTES DE LOS PRODUCTOS DEBEN CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LAS FARMACOPEAS OFICIALES Y DEMÁS DISPOSICIONES VIGENTES DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. ASÍ MISMO, DEBEN GARANTIZAR LA SEGURIDAD, CALIDAD, EFICACIA Y ESTABILIDAD DURANTE TODO EL PERÍODO DE VIDA ÚTIL. SI EL PRODUCTO NO ES OFICIAL EN NINGUNA FARMACOPEA, SE DEBEN INDICAR LAS ESPECIFICACIONES DEL FABRICANTE PARA MATERIA PRIMA Y PRODUCTO TERMINADO, ASÍ COMO LAS TÉCNICAS DE ANÁLISIS. 4) EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A INFORMAR EN CASOS DE DESABASTECIMIENTO O CASOS FORTUITOS LA NO DISPONIBILIDAD DE ALGUNO DE LOS COMPONENTES AL SUPERVISOR PARA DEFINIR CONDUCTA, EN CASO DE NO SER AÑADIDO ALGUNO SE DESCONTARÁ DE LA FACTURA. 5) LAS NUTRICIONES PARENTERALES DE NEONATOS Y PEDIATRÍA DEBERÁN CONTENER LOS COMPONENTES ESPECÍFICOS PARA EL GRUPO ETÁREO RELACIONADO: AMINOÁCIDOS, ELEMENTOS TRAZA Y VITAMINAS LIPOSOLUBLES.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INVITACIÓN A COTIZAR**	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 049-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
	6) SUMINISTRAR LAS PREPARACIONES OBJETO DE ESTE CONTRATO PARA LOS CUALES SE DEBE ESTABLECER LA FECHA DE VENCIMIENTO ACORDE CON LOS ESTUDIOS DE ESTABILIDAD REPORTADOS AL INVIMA EN EL MOMENTO DE LA VISITA DE CERTIFICACIÓN EN BPE. 7) "LA ESE, PODRÁ EN CUALQUIER MOMENTO INSPECCIONAR LA PLANTA O LA BODEGA, EL PROCESO DE PRODUCCIÓN, LOS LABORATORIOS QUE ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA REALIZAR EL ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS Y LOS DOCUMENTOS QUE SEAN NECESARIOS PARA ACLARAR CUALQUIER DUDA SOBRE LA CALIDAD DE UN LOTE DETERMINADO." 8) EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESENTAR MENSUALMENTE EL REPORTE DEL RESULTADO DE LOS CONTROLES MICROBIOLÓGICOS REALIZADO EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE SU ENTIDAD . 9) EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESENTAR EL REPORTE DE LLENADO DE MEDIOS CON LA PERIOCIDAD DEFINIDA ANTE LA ENTIDAD REGULADORA. 10) EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A DAR RESPUESTA POR ESCRITO A LAS NO CONFORMIDADES QUE SEAN REPORTADAS POR LA SUBRED NORTE 11) REALIZAR LA REPOSICIÓN DE LAS PREPARACIONES QUE RESULTAREN DETERIORADAS EN EL TRANSPORTE, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED, DEBIENDO PROCEDER A DICHA REPOSICIÓN DE MANERA DENTRO DE LAS SIGUIENTES CUATRO (4) HORAS SIGUIENTES. 12) GARANTIZAR QUE LAS PREPARACIONES CUENTEN EN SU ETIQUETA CON INFORMACIÓN AMPLIA Y SUFICIENTE QUE PERMITA UNA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE SU CONTENIDO EN RELACIÓN AL PACIENTE CON SU REQUERIMIENTO NUTRICIONAL, ASÍ COMO ESTABLECER LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO. 13) LAS PREPARACIONES OFRECIDOS DEBEN SER FABRICADOS DE CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD Y LAS NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS VIGENTES EN LA MATERIA. LOS PRODUCTOS IMPORTADOS DEBEN CUMPLIR CON LAS NORMAS DE LOS ARTÍCULOS 72, 73 Y 74 DEL DECRETO 677 DE 1995 DEL MINISTERIO DE SALUD. 14) PERMITIR LA VERIFICACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS SANITARIOS DE LOS COMPONENTES DE LOS PRODUCTOS QUE SE SUMINISTRARAN EN EL MOMENTO QUE LA INSTITUCIÓN ASÍ LO REQUIERA.

ACLARACIONES	
	El oferente podrá remitir sus observaciones al siguiente correo: comprasrednorte6@gmail.com
ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: ROTULACIÓN DE SOBRES ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 3: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES. ANEXO 4: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 5: SARLAFT PERSONA JURÍDICA ANEXO 6: SARLAFT PERSONA NATUTAL ANEXO 7: ANEXO ECONÓMICO

APROBACIÓN			
Firmas	**Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:**	CRISTIAN JULIAN URUEÑA TELLEZ	
	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	

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

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Marzo 29 De 2019 CDP. No. 703

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232010201010000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201020101
NOMBRE RUBRO.....: MEDICAMENTOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	2,187,000,000.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	1,797,749,156.00
SALDO DE APROPIACION :	3,984,749,156.00

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:
SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICI
OS DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE :	120,000,000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	120,000,000.00

CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 2,187,000,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 1,677,749,156.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (278) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

Bogotá (fecha)

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

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

REFERENCIA: Propuesta para la "La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para la invitación: SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

ORIGINAL _____ Folios
ANEXOS _____ Folios, MEDIOS MAGNÉTICOS _____

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

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
comprasrednorte6@gmail.com
CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras
Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS 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 compromete a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incursos en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:
Representante Legal:
Firma del Representante Legal o quien haga sus veces_____

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO 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 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)
(Nombre Representante Legal)
(No. Identificación representante Legal)
Representante Legal
(Nombre empresa)
(NIT empresa)
(Dirección empresa)
(Teléfono empresa)
(Dirección correo electrónico de la empresa)

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

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR	☐ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL				NIT	
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	

FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO/FAX

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA			
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	CUAL:	

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	(SI) ☐ (NO) ☐	RENTA/CREE	(SI) ☐ (NO) ☐	IVA	(SI) ☐ (NO) ☐	ICA	CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐			AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐ NO ☐
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☐
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☐
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☐

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO 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 ☐

IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ REDESCUENTO ☐

OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐

PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ OTRA ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

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

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. **6.** Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

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

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

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

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

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

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

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

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

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

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: **9.1.**

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo 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 mi.

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 ***(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **9.AUTORIZACIÓN**: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

10. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER 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

11. INFORMACION DE ENTREVISTA		12. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Ciudad y fecha		**1. Ciudad y fecha**	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		**2. Nombre y Cargo de quien verifica:**	
3. Lugar de la Entrevista:		**3. Lugar de la verificación:**	
4. Observaciones:		**4. Observaciones:**	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		**5. Firma y cédula:**	

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

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☐	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL:

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ ÓN LIBRE ☐ UDO(A) ☐			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ IMARIA ☐ CNICO ☐ ECNÓLOGO ☐ RO ☐ CUAL:	

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐				
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐	NO ☐	NACIONALIDAD:

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	

FORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA
	SI ☐	IVA	SI ☐ NO ☐		
	NO ☐	ICA	SI ☐ NO ☐	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	NUMERO DE NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

7. REFERENCIAS PERSONALES

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

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

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

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

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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

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

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

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

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados y declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

12. CONSIDERACIONES

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

12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.
Declaro expresamente:
* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
* Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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.
TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo 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 mi.

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

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

13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

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

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

ANEXO 7 ANEXO ECONÓMICO

Item	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	VALOR UNITARIO	IVA (SI APLICA)	VALOR UNITARIO TOTAL
1	MEZCLA NEONATAL DE INICIO TEMPRANO (3g AA NEONATALES-PEDIATRICOS 10g DAD 50ml VOLUMEN 100 ml)	1	BOLSA	50		$ -	$ -
2	MEZCLA NEONATAL (DAD 50 % CON/SIN AGUA) BOLSA 150 ML	1	BOLSA	121		$ -	$ -
3	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL SIN LIPIDOS DE 1 A 500mL	1	BOLSA	30		$ -	$ -
4	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE 1 A 500mL	1	BOLSA	450		$ -	$ -
5	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 1 A 500 ML	1	BOLSA	200		$ -	$ -
6	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA SIN LIPIDOS DE 501ML A 2500ML	1	BOLSA	50		$ -	$ -
7	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS DE 501ML A 2500ML	1	BOLSA	120		$ -	$ -
8	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 501ML A 2500ML	1	BOLSA	60		$ -	$ -
9	NUTRICION ESTÁNDAR PARA ADULTO 1000 ML	1	BOLSA	50		$ -	$ -
10	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS 1ML A 3000ML	1	BOLSA	200		$ -	$ -
11	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 1ML A 3000ML	1	BOLSA	100		$ -	$ -
12	DIPEPTIVEN 200mg/ml	1	FRASCO	10		$ -	$ -

QUE LA PROPUESTA TIENE UN VALOR TOTAL DE _____

FORMA DE PAGO 90 DÍAS.

EL CONSUMO PROMEDIO MENSUAL ES DE REFERENCIA PARA PROYECTAR LOS VALORES UNITARIOS.

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

EMPRESA:

NIT:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
		VERSIÓN : 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

Fecha de Solicitud D/M/A	2019/03/15	Fecha de Recibido D/M/A	

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	ROSSY YANETH PEÑA GARCIA	
Proceso:	DIRECCION COMPLEMENTARIOS	
Correo Electrónico y teléfono	dircomplentarios@subrednorte.gov.co	
PAA(X) PROYECTO ( )	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	PROFESIONAL NUTRICION

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRAR SOPORTES NUTRICIONALES PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Dentro del proceso de recuperacion del estado de salud, como elemento primordial se encuentra el soporte nutricional, el cual contribuye buen funcionamiento del organismo, por tal razon su suministro cualquiera que sea su naturaleza debera garantizarse de manera continua y oportuna, especialmente en aquellos pacientes en los cuales su tracto digestivo no es competente para realizar el proceso de ingesta , digestion y metabolizacion de los mismos, como es el caso de los pacientes internados en las Unidades de cuidado intensivo de diferetes complejidades (Neonatal, Pedriatrico, Adulto, Quemados).
Asi, la nutrición parenteral consiste en administrar nutrientes al organismo por vía extradigestiva, en la calidad y cantidad necesaria para cada individuo. Su formulacion es el resultado de la valoracion de las condiciones nutricionales individuales, por tal razon es considerada una preparacion magistral cuyo objetivo es satisfacer la necesidad individual de un paciente determinado.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	MEZCLA NEONATAL DE INICIO TEMPRANO (3g AA NEONATALES-PEDIATRICOS 10g DAD 50ml VOLUMEN 100 ml)	UNA	BOLSA	50			
2	MEZCLA NEONATAL (DAD 50 % CON/SIN AGUA) BOLSA 150 ML	UNA	BOLSA	121			
3	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL SIN LIPIDOS DE 1 A 500mL	UNA	BOLSA	30			
4	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE 1 A 500mL	UNA	BOLSA	450			
5	NUTRICION PARENTERAL NEONATAL CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 1 A 500 ML	UNA	BOLSA	200			
6	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA SIN LIPIDOS DE 501ML A 2500ML	UNA	BOLSA	50			
7	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS DE 501ML A 2500ML	UNA	BOLSA	120			
8	NUTRICION PARENTERAL PEDIATRICA CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 501ML A 2500ML	UNA	BOLSA	60			
9	NUTRICION ESTÁNDAR PARA ADULTO 1000 ML	UNA	BOLSA	50			
10	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS 1ML A 3000ML	UNA	BOLSA	200			
11	NUTRICION PARENTERAL ADULTO CON LIPIDOS DE CUARTA GENERACION DE 1ML A 3000ML	UNA	BOLSA	100			
12	DIPEPTIVEN 200mg/ml	UNA	FRASCO	10			

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI___ NO _X_

1.Garantizar que los producto con los cuales se preparen las nutriciones cuenten con Registro Sanitario Invima Vigente
2.Presentar certificado en Buenas Practicas de Elaboracion (BPE) Vigente para la preparacion de Nutriciones parenterales.
3.Presentar fichas tecnicas y Registros Invima de los materiales de partida para la preparacion de cada nutricion
4.Presentar fichas tecnicas y registros invima de los dispositivos medicos empleados para suministro de los nutrientes
5. Presentar ficha tecnica los productos en marca comercial (macro y micronutrientes)con los cuales se realiza la preparacion, esto a fin de garantizar que la preparacion magistral resultante cumple con los aportes nutricionales y caloricos requeridos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA			
TECNICO HABILITANTE	ECONÓMICOS MENOR PRECIO	OTROS	CUALES:

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA	
SI	NO X

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

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.

6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.

7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.

9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.

10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECÍFICAS: 1) Realizar las entregas en los sitios y horarios establecidos por el supervisor del contrato, cualquier eventualidad en la entrega deberá ser informado con antelación. 2) Las preparaciones solicitadas seran a demanda, independiente del promedio establecido y deberán ser dispensados dentro de las 4 horas siguientes a la solicitud efectuada por la Subred Norte. 3) Los componentes de los productos deben cumplir con las especificaciones de las farmacopeas oficiales y demás disposiciones vigentes del Ministerio de la Protección Social. Así mismo, deben garantizar la seguridad, calidad, eficacia y estabilidad durante todo el período de vida útil. Si el producto no es oficial en ninguna farmacopea, se deben indicar las especificaciones del fabricante para materia prima y producto terminado, así como las técnicas de análisis. 4) El contratista se compromete a informar en casos de desabastecimiento o casos fortuitos la no disponibilidad de alguno de los componentes al supervisor para definir conducta, en caso de NO ser añadido alguno se descontará de la factura. 5) Las nutriciones parenterales de Neonatos y Pediatria deberan contener los componentes especificos para el grupo etáreo relacionado: aminoacidos, elementos traza y vitaminas liposolubles. 6)Suministrar las preparaciones objeto de este contrato para los cuales se debe establecer la fecha de vencimiento acorde con los estudios de estabilidad reportados al INVIMA en el momento de la visita de certificacion en BPE. 6) "La ESE, podrá en cualquier momento inspeccionar la planta o la bodega, el proceso de producción, los laboratorios que estén legalmente autorizados para realizar el análisis de control de calidad de los productos adquiridos y los documentos que sean necesarios para aclarar cualquier duda sobre la calidad de un lote determinado." 7) El contratista se compromete a presentar mensualmente el reporte del resultado de los controles microbiologicos realizado en las diferentes areas de su entidad . 8) El contratista se compromete a presentar el reporte de llenado de medios con la periocidad definida ante la entidad reguladora. 9) El contratista se compromete a dar respuesta por escrito a las no conformidades que sean reportadas por la Subred Norte. 10) Realizar la reposición de las preparaciones que resultaren deterioradas en el transporte, o con defectos de calidad, empaque o conservación, de cuyo reporte le haga la Subred, debiendo proceder a dicha reposición de manera dentro de las siguientes cuatro (4) horas siguientes. 11) Garantizar

que las preparaciones cuenten en su etiqueta con informacion amplia y suficiente que permita una correcta identificacion de su contenido en relacion al paciente con su requerimiento nutricional, asi como establecer las condiciones de almacenamiento. 12) Las preparaciones ofrecidos deben ser fabricados de conformidad con los requisitos exigidos en las Buenas Prácticas de Elaboracion y control de calidad y las normas legales y reglamentarias vigentes en la materia. Los productos importados deben cumplir con las normas de los artículos 72, 73 y 74 del Decreto 677 de 1995 del Ministerio de Salud. 13) Permitir la verificación de la certificación de los registros sanitarios de los componentes de los productos que se suministraran en el momento que la institución así lo requiera.

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)
3 Meses

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

Firmas	**Nombre y Firma del solicitante:**	ROSSY YANETH PEÑA GARCIA	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILED CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

Observaciones:

	ANÁLISIS DE RIESGOS	CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros									0			Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes			2						2	#¡REF!	#¡REF!	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidadez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciaciones entre otros									0			Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato									0			Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros									0			Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras									0			Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.									0			Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	ROSSY YANETH PEÑA GARCIA
Correo Electrónico	dircomplementarios@subrednorte.gov.co
Cargo:	DIRECTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
Fecha Elaboración d/m/a	Marzo 15 de 2019