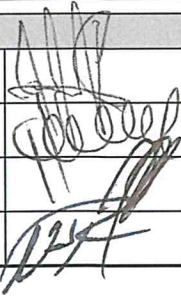


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR			CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			VERSIÓN : 4
				PÁGINA : 1 DE 2
FECHA : 12/06/2018				
INVITACIÓN A COTIZAR No. 025 - 2019 S.NTE				
OBJETO A CONTRATAR	Contratar el suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.			
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual
1	ACUARELAS	CJ	1	12
2	ALMOHADILLA PARA SELLOS	UN	1	20
3	ALMOHADILLA DACTILAR	UN	1	20
4	BANDAS DE CAUCHO	CJ	1	200
5	BANDAS DE CAUCHO BOLSA X KILO	BO	1	40
6	BISTURI GRANDE	UN	1	30
7	BISTURI MEDIANO	UN	1	30
8	BISTURI METALICO INDUSTRIAL	UN	1	12
9	BOLSA CIERRE HERMETICO 10X12	UN	1	300
10	BOLSA DE CIERRE HERMETICO 30*40	UN	1	500
11	BOMBA R-9	UN	1	500
12	BOMBAS PAQUETE R12 * 50 UN	PQ	1	1000
13	BORRADOR DE NATA	UN	1	200
14	BORRADOR TABLERO ACRILICO	UN	1	5
15	CARGADOR UNIVERSAL AA-AAA-TIPO C	UN	1	15
16	CARPETA 3 ARGOLLAS 1.5 PULGADAS	UN	1	40
17	CARPETA 3 ARGOLLAS 2.0 PULGADAS	UN	1	40
18	CARPETA DE PRESENTACION TAMANO CARTA	UN	1	10
19	CARPETA TIPO CATALOGO 1 PULGADA	UN	1	10
20	CARPETA TIPO CATALOGO 3.0 PULG	UN	1	10
21	CARTON PAJA EN OCTAVO	UN	1	10
22	CARTULINA BRISTOL 70*100	UN	1	100
23	CARTULINA EN OCTAVOS	UN	1	10
24	CARTULINAS EN OCTAVOS PAQX10	UN	1	10
25	CD-R X UND	UN	1	200
26	CD-RW	UN	1	3000
27	CD IMPRIMIBLE TAPA BLANCA	UN	1	5000
28	CERA DACTILAR CUENTA FACIL	UN	1	5
29	CHINCHES	CJ	1	10
30	CINTA ANCHA SELLO DE CAJAS	UN	1	150
31	CINTA DE ENMASCARAR 12 MM	RO	1	15
32	CINTA DE ENMASCARAR 48*25	RO	1	100
33	CINTA PEGANTE TRANSPARENTE FACIL RASGADO	UN	1	20
34	CINTA PARA IMPRESORA DATACAR CD 800	UN	1	2
35	PEGANTE BLANCO EN KILO	KL	1	20
36	PAGANTE BLANCO PAPEL 4KL	GL	1	4
37	COLORES REDONDOS	CJ	1	25
38	CORRECTOR LIQUIDO LAPIZ	UN	1	20
39	COSEDORA DE OFICINA	UN	1	40
40	CRAYONES	CJ	1	10
41	CUADERNO PROFESIONAL	UN	1	20
42	DVD + RW	UN	1	70
43	ESCARCHA KILO	UN	1	50
44	ESFERO NEGRO	UN	1	800
45	ESFERO ROJO	UN	1	60
46	FOMY EN PLIEGO	UN	1	20
47	FUELLE ARCHIVADOR	UN	1	5
48	GANCHO CLIPS ESTANDAR	CJ	1	70
49	GANCHO CLIPS MARIPOSA ESTANDAR	CJ	1	50
50	GANCHO LEGAJADOR PLASTICO 2 PARTES	CJ	1	500
51	GANCHOS PARA COSEDORA	CJ	1	100
52	LAPIZ MINA NEGRA	UN	1	500
53	LAPIZ ROJO	UN	1	30
54	LIBRO RADICADOR 100 FOLIOS	UN	1	30
55	LIBRO RADICADOR 200 FOLIOS	UN	1	100
56	LIBRO RADICADOR 400 FOLIOS	UN	1	80

		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. 025 - 2019 S.NTE					
OBJETO A CONTRATAR		Contratar el suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.			
57	MARCADOR BORRABLE	UN	1	80	
58	MARCADOR PERMANENTE	UN	1	200	
59	MARCADOR PERMANENTE PUNTA FINA	UN	1	30	
60	MARCADOR PERMANENTE SHARPIE	UN	1	100	
61	MICROPUNTAS	UN	1	30	
62	PAPEL BOND CARTA 75 GR	RE	1	150	
63	PAPEL BOND OFICIO 75 GR	RE	1	50	
64	PAPEL CONTAC COLORES ROLLO * 20 MTS	RO	1	2	
65	PAPEL CONTAC TRANSPARENTE	UN	1	5	
66	PAPEL FOMY TAMAÑO CARTA PAQUETE X 10 UN	PQ	1	20	
67	PAPEL IRIS 70*100 PLIEGO	UN	1	30	
68	PAPEL IRIS BLOCK TAMAÑO CARTA	BL	1	20	
69	PAPEL IRIS BLOCK TAMAÑO OFICIO	BL	1	20	
70	PAPEL KIMBERLY SURTIDO	UN	1	100	
71	PAPEL KRAF	RO	1	4	
72	PAPEL PERIODICO	UN	1	100	
73	PAPEL VINIPEL X 100 MTS EN ROLLO	RO	1	4	
74	PAPEL CREPE	UN	1	20	
75	PASTA ARGOLLA 1.0	UN	1	10	
76	PEGANTE EN BARRA	UN	1	30	
77	PEGANTE LIQUIDO 225 GRS	FC	1	20	
78	PERFORADORA CORRIENTE DOS HUECOS	UN	1	10	
79	PLASTICOS POR 500 PVC - CALIBRE 30	UN	1	2	
80	PILA RECARGABLE 9 VL	UN	1	15	
81	PILA RECARGABLE AA	PR	1	30	
82	PILA RECARGABLE AAA	PR	1	25	
83	PILA RECARGABLE TIPO C	PR	1	15	
84	PILAS CUADRADAS ALKALINAS	UN	1	5	
85	PILAS MEDIANAS ALKALINA	UN	1	5	
86	PILA CR2032	UN	1	20	
87	PINCEL # 6	UN	1	12	
88	PINCEL # 9	UN	1	12	
89	PINCEL CERDA SUAVE No. 2	UN	1	12	
90	PINCEL CERDA SUAVE No. 4	UN	1	12	
91	PINCEL CERDA SUAVE No. 8	UN	1	12	
92	PINCEL NO. 10	UN	1	12	
93	PINCEL NO. 12	UN	1	12	
94	PLANILLERAS EN ACRILICO - OFICIO	UN	1	30	
95	PLASTILINA (500 GRAMOS)	UN	1	10	
96	POST-IT	UN	1	30	
97	PROTECTOR DE VINILO TRANSPARENTE TAMANO OFICIO	UN	1	100	
98	PROTECTOR EN VINILO CARTA TRANSPARENTE	UN	1	200	
99	REGLA PLANA 30 CM	UN	1	20	
100	REPUESTO BISTURI 18 MM PAQUETE *10	PQ	1	5	
101	REPUESTO BISTURI 9 MM PAQUETE X 10	PQ	1	2	
102	RESALTADOR	UN	1	200	
103	ROTULO ADHESIVO APLICACION MANUAL REDONDO 16 MM VARIOS COLORES	UN	1	10	
104	SACAGANCHOS	UN	1	20	
105	SEPARADOR PLASTICO CARTA PAQUETE *5	PQ	1	60	
106	SOBRE MANILA CARTA	UN	1	200	
107	SOBRE MANILA OFICIO	UN	1	100	
108	SOBRES PARA CD	UN	1	3000	
109	TAJALAPIZ METALICO CORRIENTE	UN	1	30	
110	TEMPERA ESCOLAR X 6	PQ	1	6	
111	TIJERA PARA CORTAR PAPEL	UN	1	12	

	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>025 - 2019 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR		Contratar el suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.		
112	TIJERA PUNTA ROMA	UN	1	20
113	TINTA PARA ALMOHADILLA DACTILAR	FC	1	5
114	TINTA PARA SELLO	UN	1	5
115	TONER HP LASERJET CC505X	UN	1	2
116	TONER HP LASERJET CC278A	UN	1	5
117	TINTA PARA SELLO	UN	1	5
118	VINILO	UN	1	50
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN				
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		4 DE MARZO DE 2019		
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 6 DE MARZO DE 2019 Hora: 3:00 PM Lugar: PLATAFORMA SECOP II		
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 6 DE MARZO DE 2019 Hora: 3:05 PM Lugar: PLATAFORMA SECOP II		
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		ENTRE EL 6 DE MARZO DE 2019 Y EL 7 DE MARZO DE 2019		
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		8 DE MARZO DE 2019		
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		FECHA 8 DE MARZO DE 2019 HORA: SE ESPECIFICA EN LA PLATAFORMA AL PUBLICAR EVALUACIONES		
RESPUESTA A OBSERVACIONES		12 DE MARZO 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. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 7. 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% 8. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 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. 4 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 5. 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. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). 6. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR). 7. 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. CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIÓN TÉCNICA SEGÚN REQUERIMIENTO				

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
			PÁGINA : 1 DE 2	
			FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>025 - 2019 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	Contratar el suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.			
2. CUMPLIMIENTO EN TIEMPOS DE ENTREGA, CANTIDADES, PRECIOS Y MARCAS COTIZADAS. 3. SERVICIO DE CAMBIO POST VENTA ANTE FALLA DE MERCANCÍA. 4. CONTAR CON LA CAPACIDAD DE SUMINISTRAR OTROS BIENES, PREVIA APROBACIÓN DE LA COTIZACIÓN, PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.				
ECONÓMICOS:				
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 6. ANEXO ECONÓMICO. NOTA. LA COTIZACIÓN SE DEBE HACER TENIENDO EN CUENTA LA UNIDAD DEL FACTOR DE EMPAQUE O 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 POR ÍTEM.				
1. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.				
2. 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 A CONTRATAR. LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE REALIZARÁ CUADRO COMPARATIVO, CON LOS VALORES UNITARIOS OFERTADOS INCLUIDO IVA, Y SE DETERMINARÁ POR CADA ÍTEM LA OFERTA MÁS FAVORABLE PARA LA SUBRED NORTE			
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	CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40'000.000) M/CTE.	No.	409	
Rubro Presupuestal	MATERIALES Y SUMINISTROS	Fecha del CDP	25/02/2019	
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	2 MESES	
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS 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.			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>025 - 2019 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	Contratar el suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.		
Obligaciones del Contratista	7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS 1. ENTREGAR LOS PRODUCTOS EN LAS CANTIDADES, MARCAS, Y CONDICIONES TECNICAS CONTRATADAS EN LOS PLAZOS DE ENTREGA PACTADOS LOS CUALES NO PUEDEN SER SUPERIORES A 3 DÍAS DESPUES DE RADICADO EL PEDIDO POR PARTE DEL SUPERVISOR		
ACLARACIONES			
En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE MENSAJE PÚBLICO DENTRO DEL PROCESO DE LA INVITACIÓN EN LA PLATAFORMA DE SECOP II.		
ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT PERSONA JURÍDICA ANEXO 5: SARLAFT PERSONA NATUTAL ANEXO 6: 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	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 25 De 2019

CDP. No.

409

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

COPIA

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 2310201100000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 231020110

NOMBRE RUBRO.....: MATERIALES Y SUMINISTROS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 63,048,075.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 67,777,909.00

SALDO DE APROPIACION : 130,825,984.00

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

SUMINISTRO DE INSUMOS DE OFICINA, PAPELERIA Y ELEM
ENTOS DIDC

POR UN VALOR INICIAL DE : 60,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : 20,000,000.00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 40,000,000.00 ✓

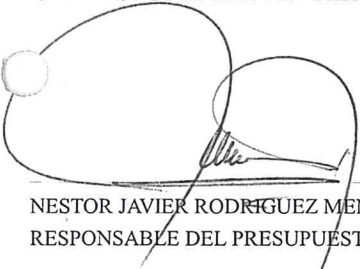
CUARENTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 63,048,075.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 7,777,909.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

DETALLE DE REINTEGROS	Fecha Movivimiento	Fecha Sistema	Hora	Usuario	Valor
	2019/02/28	2019/02/28	10:04	jrodriguez	20,000,000.00

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS DE OFICINA, PAPELERÍA Y ELEMENTOS DIDÁCTICOS REQUERIDOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.

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 2
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

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

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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

FIRMA

Nombre de Quien Firma

Cédula de Ciudadanía No.

En Calidad de

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.

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

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

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI☐NO☐

IMPORTACIONES☐EXPORTACIONES☐INVERSIONES☐REDESCUENTO☐

OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS☐LEASING☐SERVICIOS☐

PAGO DE SERVICIOS☐PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA☐OTRA☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

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

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

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

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

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

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

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

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

9.1.

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminación y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la 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 INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO:AP-GF-F-23-01
			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 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, (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 LEIDO, 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. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		12. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

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

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

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

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

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

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

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

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

7. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR

8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					CUAL:

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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":
1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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.

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico. NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)
--

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

12. CONSIDERACIONES 1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: 12.1. AUTORIZACIÓN Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. * Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
--

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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

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

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

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

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

ANEXO 6 ANEXO ECONOMICO							
EMPRESA:			NIT:				
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR UNITARIO TOTAL	Observaciones del Proveedor
1	ACUARELAS	CJ	12		\$ -	\$ -	
2	ALMOHADILLA PARA SELLOS	UN	20		\$ -	\$ -	
3	ALMOHADILLA DACTILAR	UN	20		\$ -	\$ -	
4	BANDAS DE CAUCHO	CJ	200		\$ -	\$ -	
5	BANDAS DE CAUCHO BOLSA X KILO	BO	40		\$ -	\$ -	
6	BISTURI GRANDE	UN	30		\$ -	\$ -	
7	BISTURI MEDIANO	UN	30		\$ -	\$ -	
8	BISTURI METALICO INDUSTRIAL	UN	12		\$ -	\$ -	
9	BOLSA CIERRE HERMETICO 10X12	UN	300		\$ -	\$ -	
10	BOLSA DE CIERRE HERMETICO 30*40	UN	500		\$ -	\$ -	
11	BOMBA R-9	UN	500		\$ -	\$ -	
12	BOMBAS PAQUETE R12 * 50 UN	PQ	1000		\$ -	\$ -	
13	BORRADOR DE NATA	UN	200		\$ -	\$ -	
14	BORRADOR TABLERO ACRILICO	UN	5		\$ -	\$ -	
15	CARGADOR UNIVERSAL AA-AAA-TIPO C	UN	15		\$ -	\$ -	
16	CARPETA 3 ARGOLLAS 1.5 PULGADAS	UN	40		\$ -	\$ -	
17	CARPETA 3 ARGOLLAS 2.0 PULGADAS	UN	40		\$ -	\$ -	
18	CARPETA DE PRESENTACION TAMANO CARTA	UN	10		\$ -	\$ -	
19	CARPETA TIPO CATALOGO 1 PULGADA	UN	10		\$ -	\$ -	
20	CARPETA TIPO CATALOGO 3.0 PULG	UN	10		\$ -	\$ -	
21	CARTON PAJA EN OCTAVO	UN	10		\$ -	\$ -	
22	CARTULINA BRISTOL 70*100	UN	100		\$ -	\$ -	
23	CARTULINA EN OCTAVOS	UN	10		\$ -	\$ -	
24	CARTULINAS EN OCTAVOS PAQX10	UN	10		\$ -	\$ -	
25	CD-R X UND	UN	200		\$ -	\$ -	
26	CD-RW	UN	3000		\$ -	\$ -	
27	CD IMPRIMIBLE TAPA BLANCA	UN	5000		\$ -	\$ -	
28	CERA DACTILAR CUENTA FACIL	UN	5		\$ -	\$ -	
29	CHINCHES	CJ	10		\$ -	\$ -	
30	CINTA ANCHA SELLO DE CAJAS	UN	150		\$ -	\$ -	
31	CINTA DE ENMASCARAR 12 MM	RO	15		\$ -	\$ -	
32	CINTA DE ENMASCARAR 48*25	RO	100		\$ -	\$ -	
33	CINTA PEGANTE TRANSPARENTE FACIL RASGADO	UN	20		\$ -	\$ -	
34	CINTA PARA IMPRESORA DATACAR CD 800	UN	2		\$ -	\$ -	
35	PEGANTE BLANCO EN KILO	KL	20		\$ -	\$ -	
36	PAGANTE BLANCO PAPEL 4KL	GL	4		\$ -	\$ -	
37	COLORES REDONDOS	CJ	25		\$ -	\$ -	
38	CORRECTOR LIQUIDO LAPIZ	UN	20		\$ -	\$ -	
39	COSEDORA DE OFICINA	UN	40		\$ -	\$ -	
40	CRAYONES	CJ	10		\$ -	\$ -	
41	CUADERNO PROFESIONAL	UN	20		\$ -	\$ -	
42	DVD + RW	UN	70		\$ -	\$ -	
43	ESCARCHA KILO	UN	50		\$ -	\$ -	
44	ESFERO NEGRO	UN	800		\$ -	\$ -	
45	ESFERO ROJO	UN	60		\$ -	\$ -	
46	FOMY EN PLIEGO	UN	20		\$ -	\$ -	
47	FUELLE ARCHIVADOR	UN	5		\$ -	\$ -	
48	GANCHO CLIPS ESTANDAR	CJ	70		\$ -	\$ -	
49	GANCHO CLIPS MARIPOSA ESTANDAR	CJ	50		\$ -	\$ -	
50	GANCHO LEGAJADOR PLASTICO 2 PARTES	CJ	500		\$ -	\$ -	
51	GANCHOS PARA COSEDORA	CJ	100		\$ -	\$ -	
52	LAPIZ MINA NEGRA	UN	500		\$ -	\$ -	
53	LAPIZ ROJO	UN	30		\$ -	\$ -	
54	LIBRO RADICADOR 100 FOLIOS	UN	30		\$ -	\$ -	

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR UNITARIO TOTAL	Observaciones del Proveedor
55	LIBRO RADICADOR 200 FOLIOS	UN	100		\$ -	\$ -	
56	LIBRO RADICADOR 400 FOLIOS	UN	80		\$ -	\$ -	
57	MARCADOR BORRABLE	UN	80		\$ -	\$ -	
58	MARCADOR PERMANENTE	UN	200		\$ -	\$ -	
59	MARCADOR PERMANENTE PUNTA FINA	UN	30		\$ -	\$ -	
60	MARCADOR PERMANENTE SHARPIE	UN	100		\$ -	\$ -	
61	MICROPUNTAS	UN	30		\$ -	\$ -	
62	PAPEL BOND CARTA 75 GR	RE	150		\$ -	\$ -	
63	PAPEL BOND OFICIO 75 GR	RE	50		\$ -	\$ -	
64	PAPEL CONTAC COLORES ROLLO * 20 MTS	RO	2		\$ -	\$ -	
65	PAPEL CONTAC TRANSPARENTE	UN	5		\$ -	\$ -	
66	PAPEL FOMY TAMAÑO CARTA PAQUETE X 10 UN	PQ	20		\$ -	\$ -	
67	PAPEL IRIS 70*100 PLIEGO	UN	30		\$ -	\$ -	
68	PAPEL IRIS BLOCK TAMAÑO CARTA	BL	20		\$ -	\$ -	
69	PAPEL IRIS BLOCK TAMAÑO OFICIO	BL	20		\$ -	\$ -	
70	PAPEL KIMBERLY SURTIDO	UN	100		\$ -	\$ -	
71	PAPEL KRAF	RO	4		\$ -	\$ -	
72	PAPEL PERIODICO	UN	100		\$ -	\$ -	
73	PAPEL VINIPEL X 100 MTS EN ROLLO	RO	4		\$ -	\$ -	
74	PAPEL CREPE	UN	20		\$ -	\$ -	
75	PASTA ARGOLLA 1.0	UN	10		\$ -	\$ -	
76	PEGANTE EN BARRA	UN	30		\$ -	\$ -	
77	PEGANTE LIQUIDO 225 GRs	FC	20		\$ -	\$ -	
78	PERFORADORA CORRIENTE DOS HUECOS	UN	10		\$ -	\$ -	
79	PLASTICOS POR 500 PVC - CALIBRE 30	UN	2		\$ -	\$ -	
80	PILA RECARGABLE 9 VL	UN	15		\$ -	\$ -	
81	PILA RECARGABLE AA	PR	30		\$ -	\$ -	
82	PILA RECARGABLE AAA	PR	25		\$ -	\$ -	
83	PILA RECARGABLE TIPO C	PR	15		\$ -	\$ -	
84	PILAS CUADRADAS ALKALINAS	UN	5		\$ -	\$ -	
85	PILAS MEDIANAS ALKALINA	UN	5		\$ -	\$ -	
86	PILA CR2032	UN	20		\$ -	\$ -	
87	PINCEL # 6	UN	12		\$ -	\$ -	
88	PINCEL # 9	UN	12		\$ -	\$ -	
89	PINCEL CERDA SUAVE No. 2	UN	12		\$ -	\$ -	
90	PINCEL CERDA SUAVE No. 4	UN	12		\$ -	\$ -	
91	PINCEL CERDA SUAVE No. 8	UN	12		\$ -	\$ -	
92	PINCEL NO. 10	UN	12		\$ -	\$ -	
93	PINCEL NO. 12	UN	12		\$ -	\$ -	
94	PLANILLERAS EN ACRILICO - OFICIO	UN	30		\$ -	\$ -	
95	PLASTILINA (500 GRAMOS)	UN	10		\$ -	\$ -	
96	POST-IT	UN	30		\$ -	\$ -	
97	PROTECTOR DE VINILO TRANSPARENTE TAMANO OFICIO	UN	100		\$ -	\$ -	
98	PROTECTOR EN VINILO CARTA TRANSPARENTE	UN	200		\$ -	\$ -	
99	REGLA PLANA 30 CM	UN	20		\$ -	\$ -	
100	REPUESTO BISTURI 18 MM PAQUETE *10	PQ	5		\$ -	\$ -	
101	REPUESTO BISTURI 9 MM PAQUETE X 10	PQ	2		\$ -	\$ -	
102	RESALTADOR	UN	200		\$ -	\$ -	
103	ROTULO ADHESIVO APLICACION MANUAL REDONDO 16 MM VARIOS COLORES	UN	10		\$ -	\$ -	
104	SACAGANCHOS	UN	20		\$ -	\$ -	
105	SEPARADOR PLASTICO CARTA PAQUETE *5	PQ	60		\$ -	\$ -	
106	SOBRE MANILA CARTA	UN	200		\$ -	\$ -	
107	SOBRE MANILA OFICIO	UN	100		\$ -	\$ -	
108	SOBRES PARA CD	UN	3000		\$ -	\$ -	
109	TAJALAPIZ METALICO CORRIENTE	UN	30		\$ -	\$ -	
110	TEMPERA ESCOLAR X 6	PQ	6		\$ -	\$ -	
111	TIJERA PARA CORTAR PAPEL	UN	12		\$ -	\$ -	
112	TIJERA PUNTA ROMA	UN	20		\$ -	\$ -	

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR UNITARIO TOTAL	Observaciones del Proveedor
113	TINTA PARA ALMOHADILLA DACTILAR	FC	5		\$ -	\$ -	
114	TINTA PARA SELLO	UN	5		\$ -	\$ -	
115	TONER HP LASERJET CC505X	UN	2		\$ -	\$ -	
116	TONER HP LASERJET CC278A	UN	5		\$ -	\$ -	
117	TINTA PARA SELLO	UN	5		\$ -	\$ -	
118	VINILO	UN	50		\$ -	\$ -	

NOTA. LA COTIZACIÓN SE DEBE HACER TENIENDO EN CUENTA LA UNIDAD DEL FACTOR DE EMPAQUE O 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 POR ÍTEM

FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.

LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN.

FIRMA:

NOMBRE:

CARGO:

EMPRESA:

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS						CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						VERSIÓN : 5
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN						PÁGINA : 1 DE 2
						FECHA : 12/06/2018	
Fecha de Solicitud D/M/A		07/02/2019		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		Martha Isabel Doza Bolivar					
Proceso:		Gestión del ambiente físico y tecnologico					
Correo Electrónico y teléfono		almacengeneral@subrednorte.gov.co					
PAA() PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		Profesional Universitario Almacén			
OBJETO A CONTRATAR							
Contratar el suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Con el fin de apoyar el desarrollo de los procesos asistenciales y administrativos llevados a cabo en la Subred Norte ESE, se hace necesario la contratación del suministro de insumos de oficina, papelería y elementos didácticos requeridos en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos, así como el apoyo a las jornadas especiales intramurales y extramurales llevadas a cabo por la entidad							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	ACUARELAS	12	CJ	12			
2	ALMOHADILLA PARA SELLOS	36	UN	36			
3	ALMOHADILLA DACTILAR	36	UN	36			
4	BANDAS DE CAUCHO	300	CJ	300			
5	BANDAS DE CAUCHO BOLSA X KILO	50	BO	50			
6	BISTURI GRANDE	30	UN	30			
7	BISTURI MEDIANO	30	UN	30			
8	BISTURI METALICO INDUSTRIAL	12	UN	12			
9	BOLSA CIERRE HERMETICO 10X12	300	UN	300			
10	BOLSA DE CIERRE HERMETICO 30*40	1000	UN	1000			
11	BOLSILLO PARA ACETATOS TAMANO CARTA	300	UN	300			
12	BOLSILLOS ACETATO TAMANO OFICIO	300	UN	300			
13	BOMBA R-9	1000	UN	1000			
14	BOMBAS PAQUETE R12 * 50 UN	1000	PQ	1000			
15	BORRADOR DE NATA	200	UN	200			
16	BORRADOR TABLERO ACRILICO	5	UN	5			
17	CARGADOR UNIVERSAL AA-AAA-TIPO C	15	UN	15			
18	CARPETA 3 ARGOLLAS 1.5 PULGADAS	40	UN	40			
19	CARPETA 3 ARGOLLAS 2.0 PULGADAS	40	UN	40			
20	CARPETA DE PRESENTACION TAMANO CARTA	40	UN	40			
21	CARPETA TIPO CATALOGO 1 PULGADA	10	UN	10			
22	CARPETA TIPO CATALOGO 3.0 PULG	10	UN	10			
23	CARTON PAJA EN OCTAVO	10	UN	10			
24	CARTULINA BRISTOL 70*100	100	UN	100			
25	CARTULINA EN OCTAVOS	10	UN	10			
26	CARTULINAS EN OCTAVOS PAQX10	10	UN	10			
27	CD-R X UND	200	UN	200			
28	CD-RW	3000	UN	3000			

Karen B.
23 x 17-0

29	CD IMPRIMIBLE TAPA BLANCA	5000	UN	5000			
30	CERA DACTILAR CUENTA FACIL	5	UN	5			
31	CHINCHES	10	CJ	10			
32	CINTA ANCHA SELLO DE CAJAS	150	UN	150			
33	CINTA DE ENMASCARAR 12 MM	15	RO	15			
34	CINTA DE ENMASCARAR 48*25	100	RO	100			
35	CINTA PEGANTE TRANSPARENTE FACIL RASGADO	20	UN	20			
36	CINTA PARA IMPRESORA DATA CAR CD 800	2	UN	2			
37	PEGANTE BLANCO EN KILO	20	KL	20			
38	PAGANTE BLANCO PAPEL 4KL	4	GL	4			
39	COLORES REDONDOS	25	CJ	25			
40	CORRECTOR LIQUIDO LAPIZ	20	UN	20			
41	COSEDORA DE OFICINA	40	UN	40			
42	CRAYONES	10	CJ	10			
43	CUADERNO PROFESIONAL	20	UN	20			
44	DVD + RW	70	UN	70			
45	ESCARCHA	50	UN	50			
46	ESFERO NEGRO	800	UN	800			
47	ESFERO ROJO	60	UN	60			
48	FOMY EN PLIEGO	20	UN	20			
49	FUELLE ARCHIVADOR	20	UN	20			
50	GANCHO CLIPS ESTANDAR	70	CJ	70			
51	GANCHO CLIPS MARIPOSA ESTANDAR	50	CJ	50			
52	GANCHO LEGAJADOR PLASTICO 2 PARTES	1000	CJ	500			
53	GANCHOS PARA COSEDORA	100	CJ	100			
54	LAPIZ MINA NEGRA	500	UN	500			
55	LAPIZ ROJO	30	UN	30			
56	LIBRO RADICADOR 100 FOLIOS	30	UN	30			
57	LIBRO RADICADOR 200 FOLIOS	100	UN	100			
58	LIBRO RADICADOR 400 FOLIOS	80	UN	80			
59	MARCADOR BORRABLE	80	UN	80			
60	MARCADOR PERMANENTE	200	UN	200			
61	MARCADOR PERMANENTE PUNTA FINA	30	UN	30			
62	MARCADOR PERMANENTE SHARPIE	200	UN	200			
63	MICROPUNTAS	30	UN	30			
64	PAPEL BOND CARTA 75 GR	200	RE	200			
65	PAPEL BOND OFICIO 75 GR	100	RE	100			
66	PAPEL CONTAC COLORES ROLLO * 20 MTS	2	RO	2			
67	PAPEL CONTAC TRANSPARENTE	5	UN	5			
68	PAPEL FOMY TAMAÑO CARTA PAQUETE X 10 UN	20	PQ	20			
69	PAPEL IRIS 70*100 PLIEGO	30	UN	30			
70	PAPEL IRIS BLOCK TAMAÑO CARTA	20	BL	20			

71	PAPEL IRIS BLOCK TAMAÑO OFICIO	20	BL	20			
72	PAPEL KIMBERLY SURTIDO	100	UN	100			
73	PAPEL KRAF	4	RO	4			
74	PAPEL PERIODICO	100	UN	100			
75	PAPEL VINIPEL X 100 MTS EN ROLLO	8	RO	8			
76	PAPEL CREPE	20	UN	20			
77	PASTA ARGOLLA 1.0	10	UN	10			
78	PEGANTE EN BARRA	30	UN	30			
79	PEGANTE LIQUIDO 225 GRS	20	FC	20			
80	PERFORADORA CORRIENTE DOS HUECOS	10	UN	10			
81	PLASTICOS POR 500 PVC - CALIBRE 30	2	UN	2			
82	PILA RECARGABLE 9 VL	15	UN	15			
83	PILA RECARGABLE AA	30	PR	30			
84	PILA RECARGABLE AAA	25	PR	25			
85	PILA RECARGABLE TIPO C	15	PR	15			
86	PILAS CUADRADAS ALKALINAS	5	UN	5			
87	PILAS MEDIANAS ALKALINA	5	UN	5			
88	PILA CR2032	20	UN	20			
89	PINCEL # 6	12	UN	12			
90	PINCEL # 9	12	UN	12			
91	PINCEL CERDA SUAVE No. 2	12	UN	12			
92	PINCEL CERDA SUAVE No. 4	12	UN	12			
93	PINCEL CERDA SUAVE No. 8	12	UN	12			
94	PINCEL NO. 10	12	UN	12			
95	PINCEL NO. 12	12	UN	12			
96	PLANILLERAS EN ACRILICO - OFICIO	30	UN	30			
97	PLASTILINA (500 GRAMOS)	10	UN	10			
98	POST-IT	30	UN	30			
99	PROTECTOR DE VINILO TRANSPARENTE TAMANO OFICIO	100	UN	100			
100	PROTECTOR EN VINILO CARTA TRANSPARENTE	300	UN	300			
101	REGLA PLANA 30 CM	20	UN	20			
102	REPUESTO BISTURI 18 MM PAQUETE *10	5	PQ	5			
103	REPUESTO BISTURI 9 MM PAQUETE X 10	2	PQ	2			
104	RESALTADOR	200	UN	200			
105	ROTULO ADHESIVO APLICACION MANUAL REDONDO 16 MM VARIOS COLORES	10	UN	10			
106	SACAGANCHOS	20	UN	20			
107	SEPARADOR PLASTICO CARTA PAQUETE *5	60	PQ	60			
108	SOBRE MANILA CARTA	300	UN	300			
109	SOBRE MANILA OFICIO	200	UN	200			
110	SOBRES PARA CD	3000	UN	3000			
111	TAJALAPIZ METALICO CORRIENTE	30	UN	30			
112	TEMPERA ESCOLAR X 6	6	PQ	6			

113	TIJERA PARA CORTAR PAPEL	12	UN	12		
114	TIJERA PUNTA ROMA	20	UN	20		
115	TINTA PARA ALMOHADILLA DACTILAR	5	FC	5		
116	TINTA PARA SELLO	5	UN	5		
117	TONER HP LASERJET CC505X	2	UN	2		
118	TONER HP LASERJET CC278A	2	UN	5		
119	TINTA PARA SELLO	5	UN	5		
120	VINILO	50	UN	50		

Se anexa documento de detalle de descripción? SI ___ NO __X__

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

- Cumplimiento de especificación técnica según requerimiento
- Cumplimiento en tiempos de entrega, cantidades, precios y marcas cotizadas.
- Servicio de cambio post venta ante falla de mercancía.
- Contar con la capacidad de suministrar otros bienes, previa aprobación de la cotización, para satisfacer las necesidades del servicio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

TÉCNICOS X	ECONÓMICOS X	OTROS	CUALES:
------------	--------------	-------	---------

- A EVALUACIÓN TÉCNICA (CUMPLE/NO/CUMPLE).
- Para la evaluación técnica se tendrán en cuenta los siguientes criterios:
- Cumplimiento de especificación técnica según requerimiento
 - Cumplimiento en tiempos de entrega, cantidades, precios y marcas cotizadas.
 - Servicio de cambio post venta ante falla de mercancía.
 - Contar con la capacidad de suministrar otros bienes, previa aprobación de la cotización, para satisfacer las necesidades del servicio.

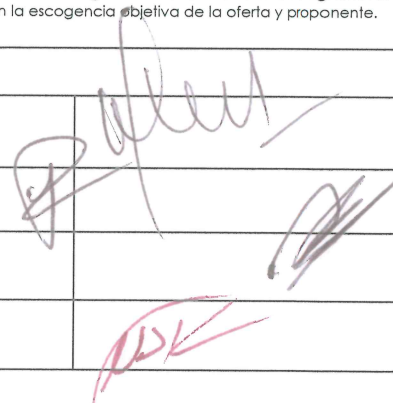
Una vez cerrada la convocatoria, se realizará la evaluación de las propuestas y se procederá a adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos de participación que no tienen ponderación alguno, sino que se trata del estudio de la propuesta para determinar si se ajusta a los requerimientos jurídicos, técnicos y económicos que se han establecido en este documento y emitirá el concepto de cumple o no cumple.

- A EVALUACIÓN ECONÓMICA
- Las propuestas deben ajustarse al presupuesto del presente estudio y bajo las condiciones técnicas mencionadas.
- Se realizará cuadro comparativo, con los valores unitarios ofertados incluido IVA, y se determinará por cada ítem la oferta más favorable para la Subred Norte

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA	
SI	NO X

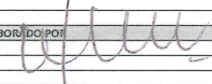
GARANTÍAS DEL CONTRATO

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

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		VERSIÓN : 5
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 2 DE 2
			FECHA : 12/06/2018
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA			
GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.			
ESPECÍFICAS: ENTREGAR LOS PRODUCTOS EN LAS CANTIDADES, MARCAS, Y CONDICIONES TECNICAS CONTRATADAS EN LOS PLAZOS DE ENTREGA PACTADOS LOS CUALES NO PUEDEN SER SUPERIORES A 3 DIAS DESPUES DE RADICADO EL PEDIDO POR PARTE DEL SUPERVISOR			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)			
TRES 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:	MARTHA ISABEL DOZA BOLIVAR	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	ALVARO GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	YANET SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON	
	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				1			2		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	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				1			2		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciamientos entre otros									0			Respaldo 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				1			2		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	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:	Martha Isabel Doza Bellivar
Correo Electrónico	almacengeneral@subrednorte.gov.co
Cargo:	Profesional Universitario
Fecha Elaboración d/m/a	07/02/2019