	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN :3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 20 - 2017

OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE HEMOKITS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.
---------------------------	---

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	HEMOKIT	UNIDAD	A DEMANDA	LOS HEMOKITS DEBEN CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: • FILTRO PARA HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO EN LAS REFERENCIAS REQUERIDAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD RENAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. • LÍNEA ARTERIOVENOSA • FISTULA ARTERIOVENOSA • LÍQUIDOS REQUERIDOS PARA LA TERAPIA EN CUALQUIER PRESENTACIÓN (ÁCIDO Y BICARBONATO).

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	13/10/2017
PRESENTACIÓN DE OBSERVACIONES A LAS CONDICIONES DE LA INVITACIÓN	17/10/2017 HORA DE CIERRE: 3:00 PM DEBERÁN SER REMITIDAS A LOS CORREOS ELECTRONICOS: compras@subrednorte.gov.co Y comprasrednorte1@gmail.com
RESPUESTA A OBSERVACIONES	18/10/2017
PUBLICACIÓN INVITACIÓN A COTIZAR DEFINITIVA	19/10/2017
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	23/10/2017 HORA DE CIERRE: 3:00 PM LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN FÍSICO Y EN MEDIO MAGNÉTICO (CD O USB) EN LA OFICINA DE CORRESPONDENCIA DE LA SEDE ADMINISTRATIVA UBICADA EN LA CALLE 66 No. 15-41 PISO 3 Y ENVIAR COPIA DE LA PROPUESTA A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: compras@subrednorte.gov.co Y comprasrednorte1@gmail.com
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS DE LAS PROPUESTAS	24/10/2017
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	25/10/2017
PLAZO PRESENTACIÓN OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES Y SUBSANACIONES	26/10/2017 HORA DE CIERRE: 3:00 PM
PUBLICACIÓN RESULTADOS DEFINITIVOS DE LAS EVALUACIONES	27/10/2017
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	30/10/2017

Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED). B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED). C) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED). 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS). 4. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS). 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -. 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -. 7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL. 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12. CERTIFICACIÓN BANCARIA.
	FINANCIEROS: 1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2016. 2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR PÚBLICO Y/O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADO.
	TÉCNICOS: 1. EL OFERENTE DEBERÁ ACREDITAR EL CONCEPTO HIGIÉNICO SANITARIO O CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EXPEDIDO POR EL INVIMA. 2. CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA ANTE EL INVIMA Y/O DOCUMENTAR LA GESTIÓN DE REPORTE DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS. 3. FICHAS TÉCNICAS QUE INCLUYA EL REGISTRO INVIMA Y LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LOS MISMOS. 4. MENCIONAR LOS POSIBLES VALORES AGREGADOS QUE SEAN OBJETO DE LA PRESENTE PROPUESTA. COMO EJEMPLO: GESTIÓN EN EDUCACIÓN: PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL USO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS OFERTADOS.
	ECONÓMICOS: 1. PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL POR CADA HEMOKIT. ESPECIFICAR FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN														
Jurídicos	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS.													
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS. 2. CUMPLE O NO CUMPLE. PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON UNO (1) DE LOS DOS (2) PRIMEROS FACTORES EVALUADOS. PERO ES DE CARÁCTER OBLIGATORIO CUMPLIR CON EL INDICADOR CAPITAL DE TRABAJO. A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \text{ACTIVO CORRIENTE} / \text{PASIVO CORRIENTE}$. B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \text{PASIVO TOTAL} / \text{ACTIVO TOTAL}$. C) CAPITAL DE TRABAJO: QUE CUBRA TRES (3) VECES EL PRESUÉSTO ASIGNADO PARA ESTA INVITACIÓN. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $\text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.													
Técnicos	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS TÉCNICOS SOLICITADOS, SU RESULTADO SERÁ DE CARÁCTER HABILITANTE Y SE CALIFICARÁ COMO HABILITADO O NO HABILITADO. EVALUACIÓN TÉCNICA (Quinientos 500 puntos) <table><thead><tr><th>FACTORES DE EVALUACION</th><th>Parcial</th><th>Subtotal</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. HEMOKITS</td><td>400</td><td>400</td></tr><tr><td>2. VALOR AGREGADO</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td></td><td>500</td></tr></tbody></table>		FACTORES DE EVALUACION	Parcial	Subtotal	1. HEMOKITS	400	400	2. VALOR AGREGADO	100	100	TOTAL		500
FACTORES DE EVALUACION	Parcial	Subtotal												
1. HEMOKITS	400	400												
2. VALOR AGREGADO	100	100												
TOTAL		500												
	2. SE CALIFICARÁ EL COMPONENTE DE HEMOKITS Y CADA UNO DE LOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS QUE LO COMPONEN PARA LO CUAL ES NECESARIO ADJUNTAR: LAS FICHAS TÉCNICAS QUE INCLUYA EL REGISTRO INVIMA Y LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LOS MISMOS. (400 PUNTOS). AL PROPONENTE QUE PRESENTE LA MEJOR OFERTA SE LE ASIGNARÁN LOS 400 PUNTOS, AL SEGUNDO 300 PUNTOS Y ASÍ SUCESIVAMENTE.													
	3. SE ASIGNARÁ UN PUNTAJE DE CIENTO PUNTOS (100) AL OFERENTE QUE OFREZCA VALORES AGREGADOS, INCLUIDOS EN LA TARIFA DEL SERVICIO.													
Económicos	EN LA PROPUESTA ECONÓMICA EL PROPONENTE DEBERÁ DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA LOS VALORES DEL SERVICIO Y/O BIEN OFRECIDO Y DEBIDAMENTE TOTALIZADA INCLUIDOS LOS IMPUESTOS Y LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.													
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. ACEPTAR LA PROPUESTA QUE HAYA OBTENIDO MAYOR PUNTAJE EN LA EVALUACIÓN. 2. ACEPTAR LA PROPUESTA QUE DEMUESTRE MEJOR SITUACIÓN FINANCIERA. 3. ACEPTAR LA OFERTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO.													
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN														
Valor	\$ 60.000.000	No. 2397												
Rubro Presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	Fecha del GDP 12/10/2017												
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 (3) TRES MESES												
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS														
Sitio de entrega	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.													
Forma de entrega	LA ENTREGA SE REALIZARÁ DE MANERA PRESENCIAL Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO													
Garantías de exigibilidad	* DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ 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. * DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ AL (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL O SUPERIOR AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO MESES MÁS. * DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EL CONTRATISTA, DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS. * DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.													
APROBACIÓN														
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	ANDRES MAURICIO MOJICA ALAVA												
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS												
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DIANA ELIZABETH CARVAJAL MARTINEZ												
	Nombre y Firma Gerente:	MARIELA ARAQUE PEÑA												

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Octubre 12 De 2017

CDP. No. 2397

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 10000132102000000000000002

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020102

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,084,379,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 356,682,121.00

SALDO DE APROPIACION : 1,441,061,121.00

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:

COMPRA DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE T
ERAPIA RENAL DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 60,000,000.00

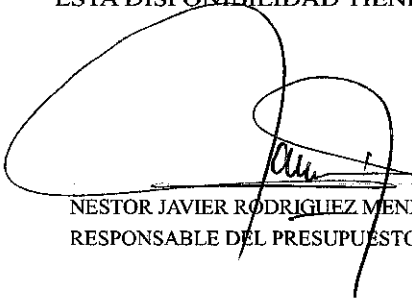
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 60,000,000.00

SESENTA 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: 1,084,379,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 296,682,121.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (80) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO URBANO 40 SALUD NORTE E.S.E.	FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : RF-F-02-01
			VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E RECURSOS FÍSICOS		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 05/07/2016

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA								IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO
		4	3	2	1	4	3	2	1	Casilla de selección (Escoja solo una)	Casilla de selección (Escoja solo una)	Casilla de selección (Escoja solo una)				
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA							
													ALTA			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)												Generación automática	Generación automática	Generación automática
OPERACIONAL:	El monto de la inversión no sea el previsto para cumplir el objeto contractual dentro del tiempo estipulado			2			3						5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	AMBOS	
TECNOLÓGICO:	Obsolescencia de tecnología de los dispositivos utilizados			2							1		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATISTA	
FINANCIERO:	Dificultad en la consecución de recursos para llevar a cabo el objeto contractual.		3					3					6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	
													0			
													0			
													0			
													0			
													0			
													0			
													0			
													0			
													0			

ELABORADO POR	
Nombre:	PATRICIA PEREZ
Cargo:	APOYO PROFESIONAL SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha Elaboración d/m/a	2017/10/12

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co y comprasrednorte1@gmail.com

CI 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa piso 3 Correspondencia Bogotá D.C.

Referencia: Propuesta para “COMPRA DE HEMOKITS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.”.

Documento: ORIGINAL No. FOLIOS _____

Anexos: _____ folios, Medios Magnéticos _____

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

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co y comprasrednorte@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 3 Correspondencia, Bogotá D.C.

Referencia: Propuesta para “COMPRA DE HEMOKITS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.”

Nosotros los suscritos: _____ (Nombre del proponente) de acuerdo lo establecido en la invitación a cotizar, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación a cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de _____.

Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente a la prestación del servicio de vigilancia y seguridad privada

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

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 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 se enuncie en la respectiva cámara de comercio.
En caso que la empresa tenga 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)

ANEXO 5

CONTRATACION DIRECTA - INVITACION A COTIZAR

“CONTRATAR LA COMPRA DE LOS HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E”

CONDICIONES GENERALES PARA LA INVITACION

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E., a fin de dar cumplimiento a los postulados de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y sus Decretos reglamentarios y en ejercicio de la función misional que le compete, requiere “CONTRATAR LA COMPRA DE LOS HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E”

Por lo anterior y con el fin de garantizar la adecuada y oportuna prestación del servicio a los usuarios, se dirige la presente Invitación a personas naturales, jurídicas, consorcios o uniones temporales, la cual se efectúa mediante publicación en página web, de acuerdo con las normas vigentes establecidas para la Empresas Social del Estado, arriba identificada, dando cumplimiento a los postulados y principios contractuales de la función pública y demás normas aplicables, en especial los de publicidad y transparencia.

OBJETO DEL CONTRATO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, se permite invitar a presentar propuestas para “CONTRATAR LA COMPRA DE LOS HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E”

JUSTIFICACION DE LA CONTRATACIÓN

La Subred Norte ESE, oferta el servicio de Unidad Renal, para la población subsidiada, contributiva, participante vinculada y particular de las localidades de Suba, Engativá, Usaquén, Barrios Unidos, Teusaquillo y Chapinero de acuerdo a la contratación que la Institución tiene con el Fondo Financiero Distrital de Salud y las diferentes EAPB; siendo necesario darle continuidad a la prestación del servicio en virtud de la alta demanda del mismo y el carácter prioritario que tiene en la prestación de los servicios, identificando dentro de la ruta de atención, la necesidad de continuar prestándolo en las UPSS de Alta complejidad de la Subred Norte ESE.

Así mismo, la Institución no cuenta con el recurso tecnológico, ni logístico que permita dicha prestación de forma integral, por lo que se requiere a los interesados para que oferten los Hemokits que se consuman en la Unidad Renal y que permitan prestar un servicio integral a nuestros usuarios dentro de los mejores estándares de calidad técnico científico y humano.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA OBJETO DE LA CONTRATACION:

De acuerdo con el Objeto de esta contratación, los posibles proponentes deberán proveer los Hemokits necesarios para la demanda proyectada en condiciones de calidad y oportunidad.

En la actualidad se están atendiendo en promedio: 30 pacientes por mes que requieren atención en la Unidad Renal.

Las patologías que se están tratando en la Subred Norte, están relacionados con la Insuficiencia renal aguda renal crónica, así mismo deberán apoyar el manejo de osteodistrofia renal, nefropatía lúpica, nefropatía diabética y manejo de Hipertensión arterial entre otras. Lo anterior, con el fin de garantizar la prestación de los servicios con la mayor complementariedad e integralidad posibles a nuestros usuarios.

Los hemokits deben cumplir con las siguientes características:

- Filtro para Hemodiálisis de Alto Flujo en las referencias requeridas para la atención de los pacientes atendidos en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Línea Arteriovenosa
- Fistula Arteriovenosa
- Líquidos requeridos para la Terapia en cualquier presentación (Ácido y Bicarbonato).

Los proponentes estarán a cargo de las adecuaciones requeridas para la habilitación de la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, de acuerdo a lo normado en la Resolución 2003 de 2014, específicamente en el área física localizada en la USS Simón Bolívar y destinada a tal fin. Esta adecuación deberá ser realizada por personal idóneo y sus costos serán asumidos en su totalidad por el oferente.

Las adecuaciones requeridas para los 227mts cuadrados asignados en el área, deberán dar cumplimiento a la norma de habilitación vigente, así como la instalación de todas las conexiones y sistemas que se requieran para el funcionamiento de la Unidad Renal, que incluyan entre otras las plantas de tratamiento, concentrados y redes de Oxígeno (Sistema de control para la planta de concentrados, Red de datos para el sistema de la Unidad Renal y las demás que se requieran para su adecuación).

DOCUMENTOS DE CARÁCTER TÉCNICO - FACTOR HABILITADOR

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

EVALUACIÓN DE REQUISITOS TÉCNICOS

FACTORES HABILITANTES:

DESCRIPCION DE FACTORES HABILITANTES

1. El oferente deberá acreditar el concepto higiénico sanitario o certificado de capacidad de almacenamiento de dispositivos médicos expedido por el INVIMA.
2. Certificación de Inscripción al programa de tecno vigilancia ante el INVIMA y/o documentar la gestión de reporte de eventos relacionados con el uso de dispositivos.

A esta evaluación no se le asignará puntaje, su resultado será de carácter habilitante y se calificará como **HABILITADO O NO HABILITADO**.

EVALUACIÓN TECNICA (Quinientos 500 puntos)

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

FACTORES DE EVALUACION	Parcial	Subtotal
1. HEMOKITS	400	400
2. VALOR AGREGADOS	100	100
TOTAL		500

DESCRIPCION DE FACTORES DE EVALUACION

1. Se calificará el componente de Hemokits y cada uno de los insumos y dispositivos que lo componen para lo cual es necesario adjuntar: Las fichas técnicas que incluya el registro INVIMA y la clasificación del riesgo de los mismos. (400 puntos)

Al proponente que presente la mejor oferta se le asignarán los 400 puntos, al segundo 300 puntos y así sucesivamente.

VALOR AGREGADO

Se asignará un puntaje de CIEN puntos (100) al oferente que ofrezca valores agregados, incluidos en la tarifa del servicio, de acuerdo a la siguiente descripción:

- Mencionar los posibles valores agregados que sean objeto de la presente propuesta. Como Ejemplo: Gestión en Educación: Programa de capacitación para el uso de los dispositivos médicos ofertados.

OBLIGACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

Una vez terminado el proceso de selección, verificadas y evaluadas las diferentes ofertas y adjudicado el contrato; al oferente le asiste además de las obligaciones generales y específicas establecidas en el contrato y las derivadas de su ejecución, las siguientes:

1. Cumplir cabalmente con el objeto del contrato con la eficacia y calidad requeridas.
2. Abstenerse de realizar cualquier cambio en las condiciones del contrato sin previo visto bueno del supervisor del contrato manteniendo las características y calidades de los requerimientos.
3. Velar por mantener el buen nombre de la institución **SUBRED NORTE E.S.E**, obrando de manera honesta y responsable.
4. Notificar a la **SUBRED NORTE E.S.E**, 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.
5. **EL CONTRATISTA** deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse problemas de suministro y deberá disponer de un plan de contingencia
6. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.
7. Hacer parte y participar activamente de los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución.
8. Presentar mensualmente con la cuenta de cobro o factura el informe de gestión del servicio,
9. Las demás obligaciones que sean necesarias para dar cumplimiento al objeto contractual.