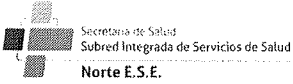
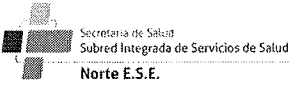
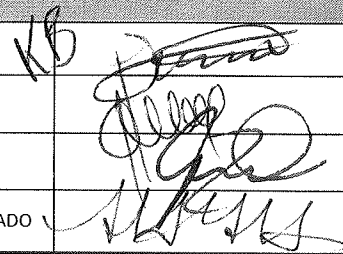


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR					CÓDIGO: AP-CT-F-04-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 22/05/2020
INVITACIÓN A COTIZAR No. 116 - 2020 S.NTE						
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE SE REQUIEREN PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS (BIOLÓGICO, FÍSICO, QUÍMICO, RADIACIONES IONIZANTES, ETC.,) DE LOS FUNCIONARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO DE ACUERDO AL ANÁLISIS DE RIESGO EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	PROTECCIÓN ENVOLVENTE TIROIDEO-ESTERNAL.	UNIDAD	12	N/A	VER ANEXO TÉCNICO	
2	CHALECO DELANTAL PLOMADO PRENDAS CONTRA RAYOS X	UNIDAD	12	N/A	VER ANEXO TÉCNICO	
3	GAFAS PLOMADAS	UNIDAD	12	N/A	VER ANEXO TÉCNICO	
4	RESPIRADOR MEDIA CARA	UNIDAD	20	N/A	VER ANEXO TÉCNICO	
5	PRE FILTRO MATERIAL PARTICULADO (PAQUETE POR DOS UNIDADES)	UNIDAD	20	N/A	VER ANEXO TÉCNICO	
6	FILTRO PARA VAPORES ORGÁNICOS Y GASES ÁCIDOS (PAQUETE POR DOS UNIDADES)	UNIDAD	20	N/A	VER ANEXO TÉCNICO	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN				4/09/2020		
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR				7/09/2020		
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LA INVITACIÓN				8/09/2020		
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS				PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 9/09/2020 HORA: 1:00 P.M. Plataforma SECOP II		
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS				PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 9/09/2020 HORA: 1:10 P.M. Plataforma SECOP II		
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS				ENTRE EL 9/09/2020 y 11/09/2020		
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES INICIALES				11/09/2020		
OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES INICIALES				14/09/2020 2:00P.M		
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS				15/09/2020		
REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA				DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.		
JURÍDICOS:						

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO: AP-CT-F-04-05
			VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 3
			FECHA: 22/05/2020
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE	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	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	CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.		
14	CERTIFICACIÓN BANCARIA		
SARLAFT:			
1	AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED).		
2	ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).		
3	FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.		
NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.			
TÉCNICOS:			
1	ACREDITAR EXPERIENCIA DE TRES CONTRATOS EMITIDAS POR EL CONTRATANTE DONDE EL OBJETO SEA IGUAL O SIMILAR AL DEL PRESENTE PROCESO.		
2	PRESENTAR LAS FICHAS TÉCNICAS DE LOS PRODUCTOS DE ACUERDO A LAS NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTOS ELEMENTOS, NTC 5655: PRINCIPIOS PARA EL DISEÑO ERGONÓMICO DE SISTEMAS DE TRABAJO, NTC 5831 Y DEMÁS NORMAS LEGALES Y TÉCNICAS DE TRABAJO		
ECONÓMICOS:			
1	PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED).		
2	LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.		
3	LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.		
4	LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
JURÍDICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
TÉCNICOS	CUMPLE O NO CUMPLE Y/O CALIFICACIÓN		
ECONÓMICOS	MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL VALOR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT Y TÉCNICO.		
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. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.		

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO: AP-CT-F-04-05
			VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 22/05/2020
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
VALOR	VEINTINCINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$25.700.000)	CDP No.	1700
RUBRO PRESUPUESTAL	SALUD OCUPACIONAL	FECHA DE CDP	21/08/2020
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO			
FORMA DE PAGO	(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 APROXIMADO	DOS (2) MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS			
SITIO DE ENTREGA	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
GARANTÍAS DE EJECUCIÓN	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.		
	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.		
	LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.		
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	GENERALES: - CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. - MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. - ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. - LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO: AP-CT-F-04-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 5
			PÁGINA: 1 DE 3
			FECHA: 22/05/2020
	ESPECÍFICAS		
	1. ENTREGAR EN EL ALMACEN DE LA SUBRED NORTE, UBICADO EN LA CALLE 66 No 15 - 41 LOS EPP OBJETO DE PRESENTE CONTRATO, INMEDIATAMENTE UNA VEZ EFECTUADO EL PEDIDO POR PARTE DEL SUPERVISOR.		
	2. ENTREGAR EL OBJETO DEL CONTRATO TENIENDO EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EPP CONTRATADOS.		
	3. PERMITIR A LA ENTIDAD REALIZAR TODAS LAS PRUEBAS E INSPECCIONES REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON EL FIN DE COMPROBAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y DE CALIDAD DE LOS BIENES.		
	4. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO DE SUMINISTRO.		
	5. GARANTIZAR LA CAPACITACIÓN EN EL USO Y MANEJO DE LOS EPP OBJETO DEL CONTRATO DE COMPRA.		
	6. ES RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA EXIGIR LA ORDEN DE INGRESO AL ALMACENISTA, SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO		
	7. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL, CUMPLIMIENTO QUE VERIFICARÁ EL SUPERVISOR DEL CONTRATO		
	8. LAS DEMAS DE ACUERDO AL OBJETO DEL CONTRATO.		
ACLARACIONES			
EN CASO DE ACLARACIONES	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERACIONES A TRAVÉS DE SECOP II		
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 1 : CARTA DE PRESENTACION DE LAS PROPUESTAS ANEXO 2 : CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES ANEXO 3 : COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 4 : SARLAFT EMPRESA ANEXO 5 : ANEXO ECONOMICO		
APROBACIÓN			
FIRMAS	Coordinador de Bienes y Servicios:	LUIS ERNESTO CHAPARRO VARGAS	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. FABIO CORTES CRUZ	
	Nombre y Firma Gerente:	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO	



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

INVITACIÓN A VEEDURÍA CIUDADANA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO: AP-CT-F-03-05

VERSIÓN: 5

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA: 18/05/2020

INFORMACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO

TIPO DE PROCESO

(Marque con una X
dependiendo el tipo de
proceso)

A. (X) CONTRATACIÓN DIRECTA/INVITACIÓN A
COTIZAR

B. () CASOS ESPECIALES DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

C. () CONVOCATORIA
PÚBLICA

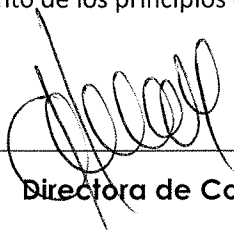
D. () OTROS MECANISMOS DE
SELECCIÓN

OBJETO A CONTRATAR

CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE SE REQUIEREN PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS (BIOLÓGICO, FÍSICO, QUÍMICO, RADIACIONES IONIZANTES, ETC.,) DE LOS FUNCIONARIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO DE ACUERDO AL ANÁLISIS DE RIESGO EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

El presente proceso de selección se surtirá de acuerdo a lo establecido en el Manual de Contratación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, en atención del cumplimiento de los principios de la contratación estatal y/o la función pública

Cordialmente,



Directora de Contratación

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Agosto 21 De 2020

CDP. No. 1700

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.....: 31201160000000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3120116

NOMBRE RUBRO.....: SALUD OCUPACIONAL

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 100,000,000.00

SALDO DE APROPIACION : 100,000,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA HURTADO JAIME HUMBERTO ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

SUMINISTROS ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL

CON UN VALOR INICIAL DE : 25,700,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 25,700,000.00

VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 74,300,000.00

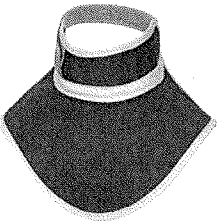
ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (120) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

MATRIZ GENERAL DE EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO - SGSST
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTION DEL TALENTO HUMANO

RESPONSABLE DEL SG - SST:

JORGE ROBERTO TIBOCHA PATARROYO

PARTE DEL CUERPO	ELEMENTO DE PROTECCION	IMAGEN REFERENCIA	DESCRIPCION /ESPECIFICACIONES TECNICAS
CUELLO	Protección envolvente tiroideo-esternal.		Es un escudo flexible hecho de plomo, el cual se asegura alrededor del cuello del paciente para proteger la glándula tiroidea de la radiación dispersa, el plomo impide que la radiación alcance la glándula tiroidea y protege sus tejidos, que son muy radio sensibles, debe colocarse junto con el delantal plomado.
CUERPO	Chaleco delantal Plomado		Deben tener una protección equivalente al menos a 0,25 mm de Pb si el equipo de rayos x opera hasta 100kV y a 0,35 mm si opera por encima de 100kV. Deben figurar etiquetas que identifiquen la protección. En intervencionismo, debido a los altos niveles de radiación dispersa se deben usar delantales equivalentes a 0,5 mm de plomo. Si el portador está siempre de frente a la radiación se usan delantales con menor protección en la espalda para minimizar pesos, el delantal largo presenta mangas cruzadas posterior, ajuste en espalda de su aspecto superior y solapas para ajuste anterior en la cintura.
OJOS	Gafas plomadas		Las gafas plomadas deben tener una protección en el frente de 0,75 mm Pb equivalencia de plomo, y protección lateral de 0,35 mm Pb equivalencia de plomo, con monturas de seguridad aprobadas por ANSI
NARIZ, BOCA, VIA RESPIRATORIA, PULMONES	Respirador media Cara		Fabricados en silicona. El diseño del árnas permite ajustar el respirador fácilmente, dando la opción al usuario de forma tradicional o con el sistema de deslizamiento al cuello.El respirador de media cara se puede utilizar con cartuchos y filtros de la línea 6000 y 2000, ofrece protección en variadas de aplicaciones. Además de utilizarse con los cartuchos de la línea 6000, filtros de la línea 2000 también puede utilizarse con el equipo de línea de aire de flujo continuo. El diseño de válvula de exhalación que permite además de una rápida salida del aire caliente, una fácil comunicación. Cumple con las aprobaciones NIOSH/MSHA
NARIZ, BOCA, VIA RESPIRATORIA, PULMONES	Pre filtro material particulado		Es fabricado con un Medio Filtrante Electrostático Avanzado, sistema de retención de partículas que permite mayor eficiencia del filtro con menor caída de presión. su diseño de bajo perfil le permite ser usado con otros implementos de seguridad, sus válvulas de exhalación e inhalación extra grandes permiten tener una menor resistencia a la respiración, el diseño de estos filtros le atribuyen una mejor distribución del peso unido al respirador, con lo que se incrementa su comodidad. ANSI Z88.2, NIOSH N95, NTC 1728/ 1729/1733/1584/3763/ 3851/2
NARIZ, BOCA, VIA RESPIRATORIA, PULMONES	Filtros para las mascar-		Este cartucho de gas para vapor orgánico / gas ácido. Para su uso en concentraciones de hasta 10 veces el límite de exposición permisible (PEL) con media máscara y respiradores de careta completa cuando se realiza prueba de ajuste cualitativa, o hasta 50 veces PEL con respiradores de careta completa cuando se realiza prueba de ajuste cuantitativa. No debe utilizarse en ambientes que son un peligro inmediato para la vida o la salud (IDLH). ANSI Z88.2, NIOSH N95, NTC 1728/ 1729/1733/1584/3763/ 3851/2

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-01-06
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 6
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 2
			FECHA: 22/05/2020

FECHA DE SOLICITUD D/M/A	6/07/2020	FECHA DE RECIBIDO D/M/A	
--------------------------	-----------	-------------------------	--

DATOS DEL SOLICITANTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE:	DORA ALICIA MARTINEZ PAMPLONA	
PROCESO:	DIRECCION GESTION DEL TALENTO HUMANO	
CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:	dir.talentohumano@subrednorte.gov.co	
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO PERILO O CARGO	DIRECTORA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PAA (☒) PROYECTO ()

OBJETO A CONTRATAR

Contratar el suministro de los Elementos de Protección Personal que se requieren para minimizar los riesgos (biológico, físico, químico, radiaciones ionizantes, etc.,) de los funcionarios en la prestación del servicio y realización de las actividades de alto riesgo de acuerdo al análisis de riesgo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Los requerimientos para el uso y la implementación de Elementos de Protección Personal en los lugares de trabajo para un ambiente saludable, se encuentran contemplados en la Ley 9 de Enero 24 de 1979 (Título III, Artículos 122 a 124) y en la Resolución 2400 de Mayo 22 de 1979 (Título IV, Capítulo II, Artículos 176 a 201).

Dentro de esta Resolución, podemos encontrar la clasificación que se hace de los elementos de protección personal de acuerdo a la zona que protege. Esta clasificación es la siguiente:

- ü Protección de cabeza y rostro.
- ü Protección respiratoria.
- ü Protección de manos y brazos.
- ü Protección de pies y piernas.
- ü Protección corporal.

Así mismo dar cumplimiento al plan de trabajo del SGSST establecido para la presente vigencia.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	PROTECCIÓN ENVOLVENTE TIROIDEO-EXTERNAL	12	Unidad		Ver anexo	
2	CHALECO DELANTAL PLOMADO PRENDAS CONTRA RAYOS X	12	Unidad		Ver anexo	
3	GAFAS PLOMADAS	12	Unidad		Ver anexo	
4	RESPIRADOR MEDIA CARA	20	Unidad		Ver anexo	
5	PRE FILTRO MATERIAL PARTICULADO (paquete por dos unidades)	20	Unidad		Ver anexo	
6	FILTRO PARA VAPORES ORGANICOS Y GASES ACIDOS (paquete por dos unidades)	20	Unidad		Ver anexo	

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI _____ NO_X__
--

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA		
TÉCNICOS (X)	ECONÓMICOS (X)	OTROS ()
		CUALES:

CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

Aspectos técnicos: Se evaluara los siguientes aspectos que se relacionan a continuación los cuales e proponente debe incluir como parte de la propuesta:

1. Acreditar experiencia de tres contratos emitidas por el contratante donde el objeto sea igual o similar al del presente proceso.

2. Presentar la fichas técnicas de los productos de acuerdo a las normas técnicas establecida para la elaboracion de estos elementos, NTC 5655: Principios para el diseño ergonómico de sistemas de trabajo, NTC 5831 y demás normas legales y técnicas de trabajo.

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA		
SI ()		NO (X)

GARANTÍAS DEL CONTRATO			
PATRIMONIO AUTÓNOMO ()	PÓLIZA PAGO DE SALARIO, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES ()	PÓLIZA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE BIENES (X)	PÓLIZA SEGURO DE MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS PARA PARTICULARES ()
GARANTÍA BANCARIA ()	PÓLIZA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ()	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (X)	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ()

23/1/2020
949

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y 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 ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFIISCALES 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 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. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
 11. LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
- ESPECÍFICAS:**
- 1) ENTREGAR EN EL ALMACÉN DE LA SUBRED NORTE, UBICADO EN LA CALLE 66 NO 15 – 41 LOS EPP OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, INMEDIATAMENTE UNA VEZ EFECTUADO EL PEDIDO POR PARTE DEL SUPERVISOR.
 - 2) ENTREGAR EL OBJETO DEL CONTRATO TENIENDO EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EPP CONTRATADOS.
 - 3) PERMITIR A LA ENTIDAD REALIZAR TODAS LAS PRUEBAS E INSPECCIONES REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON EL FIN DE COMPROBAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y DE CALIDAD DE LOS BIENES.
 - 4) GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO DE SUMINISTRO.
 - 5) GARANTIZAR LA CAPTACIÓN EN EL USO Y MANEJO DE LOS EPP OBJETO DEL CONTRATO DE COMPRA
 - 6) ES RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA EXIGIR LA ORDEN DE INGRESO AL ALMACENISTA, SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y
 - 7) CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL, CUMPLIMIENTO QUE VERIFICARÁ EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DE
 - 8) LAS DEMÁS DE ACUERDO AL OBJETO DE LA ORDEN.

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)

Dos (2) Meses

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

1. CUANDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS, FINANCIERAS Y LEGALES DE LA PROPUESTA NO LO PERMITA.
2. CUANDO SE DEMUESTRE LA PARTICIPACIÓN DE UN OFERENTE EN VARIAS PROPUESTAS.
3. CUANDO SE SOLICITE ALGUNA ACLARACIÓN Y NO SEA ENVIADO EN DICHO TÉRMINO.
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:	
	Elaboró	JORGE ROBERTO TIBOCHA
	Aprobó	DORA ALICIA MARTINEZ PAMPLONA
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN:	
	Revisó	LIDIA HEMILET CALA CELIS

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

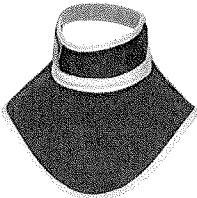
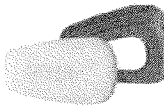
TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA				
Casilla 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			2					2	4	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									0			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			2					2	4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros									0			Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	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

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	DORA ALICIA MARTINEZ PAMPLONA
Correo Electrónico	DIRTALENTOHUMANO@SUBREDNORTE.GOV.CO
Cargo:	DIRECTORA GESTION DE TALENTO HUMANO
Fecha Elaboración d/m/a	6/07/2020

MATRIZ GENERAL DE EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION
PERSONAL Y COLECTIVO - SGSST
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTION DEL TALENTO HUMANO

RESPONSABLE DEL SG - SST:

JORGE ROBERTO TIBOCHA PATARROYO

PARTE DEL CUERPO	ELEMENTO DE PROTECCION	TIPO	IMAGEN REFERENCIA	DESCRIPCION/ESPECIFICACIONES TECNICAS
CUELLO	Protección envolvente tiroideo-external.	Protectores usados en radiología para la protección ajustable en la zona del cuello de las personas.		Es un escudo flexible hecho de plomo, el cual se asegura alrededor del cuello del paciente para proteger la glándula tiroidea de la radiación dispersa, el plomo impide que la radiación alcance la glándula tiroidea y protege sus ojos, que son muy radio sensibles, debe colocarse junto con el escudo plomado.
CUERPO	Chaleco delantal Plomado	Prendas contra rayos X		Deben tener una protección equivalente al menos a 0,35 mm de Pb si el equipo de rayos X opera hasta 100kV y a 0,35 mm si opera por encima de 100kV. Deben figurar etiquetas que identifiquen la protección. En intervenciones, debido a los altos niveles de radiación dispersa se deben usar delantales equivalentes a 0,5 mm de plomo. Si el portador está siempre de frente a la radiación se usan delantales con menor protección en la espalda para minimizar pesos, el delantal largo presenta mangas cruzadas posterior, ajuste en espalda de su aspecto superior y solapas para ajuste anterior en la cintura.
OJOS	Gafas plomadas	Gafas Plomadas para protección radiológica		Las gafas plomadas deben tener una protección en el frente de 0,35 mm Pb equivalencia de plomo, y protección lateral de 0,35 mm Pb equivalencia de plomo, con monturas de seguridad aprobadas por ANSI
NARIZ, BOCA, VÍA RESPIRATORIA, PULMONES	Respirador media Cara	Doble Filtro		Fabricados en silicona. El diseño del ádenas permite ajustar el respirador fácilmente, dando la opción al usuario de forma tradicional o con el sistema de deslucamiento al cuello. El respirador de media cara se puede utilizar con cartuchos y filtros de la línea 6000 y 2000, ofrece protección en variadas de aplicaciones. Además de utilizarse con los cartuchos de la línea 6000, filtros de la línea 2000 también puede utilizarse con el equipo de línea de aire de flujo continuo. El diseño de válvula de exhalación que permite además de una rápida salida del aire caliente, una fácil comunicación. Cumple con las aprobaciones NIOSH/MSHA
NARIZ, BOCA, VÍA RESPIRATORIA, PULMONES	Pre filtro material particulado	Pre filtro material particulado		Es fabricado con un Medio Filante Electroestático Avanzado, sistema de retención de partículas que permite mayor eficiencia del filtro con menor caída de presión, su diseño de bajo perfil le permite ser usado con otros implementos de seguridad, sus válvulas de exhalación e inhalación extra grandes permiten tener una menor resistencia a la respiración, el diseño de estos filtros le atribuyen una mejor distribución del peso unido al respirador, con lo que se incrementa su comodidad. ANSI 288.2, NIOSH N95, NTC 1728/1729/1733/1584/3763/3851/2
NARIZ, BOCA, VÍA RESPIRATORIA, PULMONES	Filtros para las mascarillas	Filtro Fomax/Gelendo		Este cartucho de gas para vapor orgánico / gas ácido. Para su uso en concentraciones de hasta 10 veces el límite de exposición permisible (PEL) con media máscara y respiradores de careta completa cuando se realiza prueba de ajuste cuantitativa, o hasta 50 veces PEL con respiradores de careta completa cuando se realiza prueba de ajuste cuantitativa. No debe utilizarse en ambientes que son un peligro inmediato para la vida o la salud (IDLH). ANSI 288.2, NIOSH N95, NTC 1728/1729/1733/1584/3763/3851/2

CONVENIMIENTOS
APP: Elemento de Protección Personal
VIA: No aplica
El documento se entrega independiente de las condiciones del proyecto.
El documento se entrega luego de evaluar las condiciones sanitarias del proyecto y el personal.

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte7@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia

Bogotá D.C

REFERENCIA: Propuesta para la “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente A **“CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE SE REQUIEREN PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS (BIOLOGICO, FISICO, QUIMICO, RADIACIONES IONIZANTES, ETC.,) DE LOS FUNCIONARIOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO Y REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO DE ACUERDO AL ANÁLISIS DE RIESGO EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E..”**

El suscrito _____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Jurídica y/o Consorcio / Unión Temporal) presento la siguiente propuesta dentro del asunto en referencia y declaro que:

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponde 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.

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Valor de la Oferta (letras y Números):

ANEXO NO. 2
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

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

ANEXO 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2		
			PÁGINA: 1 DE 3		
				FECHA: 06/05/2019	
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL		NIT			
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
				NOMBRES	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NUMERO:	
				LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	
				NACIONALIDAD (1)	
				NACIONALIDAD (2)	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS		DEPARTAMENTO	
				CIUDAD	
				TELÉFONO/FAX	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS	
				TELÉFONO/FAX	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		SI ☐ NO ☐		RENTA/CREE	
				SI ☐ NO ☐	
		IVA		SI ☐ NO ☐	
		ICA		SI ☐ NO ☐	
				CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
				PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR	
				SI ☐ NO ☐	
				AGENTE AUTORETENEDOR	
				SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS					
SI ☐ NO ☐					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO					
SI ☐ NO ☐					
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL					
SI ☐ NO ☐					
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA					
SI ☐ NO ☐					
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
				NUMERO IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:					
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☐			
REDESCUENTO ☐		EXPORTACIONES ☐		LEASING ☐	
PAGO DE SERVICIOS ☐		PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		SERVICIOS ☐	
				OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	
				IMPORTACIONES ☐	
				OTRA ☐ Especifique cual: _____	
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO		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":					

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2
			PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019	
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):			
2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.			
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.			
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.			
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.			
6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento 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, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.			
8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.			
9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.			
10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.			
11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.			
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.			
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.			
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.			
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.			
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.			
APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.			
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN			
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.			
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.			
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.			
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente: *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. *Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:			
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.			
2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.			
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.			
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.			

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, <u>(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.		
9. FIRMA Y HUELLA		
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES		
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre y Cargo de quien verifica:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Firma y Cédula		

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

INVITACIÓN A COTIZAR No 116-2020 S.NTE

ANEXO ECONOMICO - CONTRATAR EL SUMINISTRO DE ELECTRODOS MULTIFUNCIÓN PARA MARCAPASOS COMPATIBLES CON DESFIBRILADORES DE DIFERENTES MARCAS, PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

NOMBRE DE LA EMPRESA:
NIT:

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Especificación Técnica	Observaciones	Unidad de Medida	Valor Unitario	IVA (SI APLICA)	V/R Total Unitario	V/R Total
1	PROTECCIÓN ENVOLVENTE TIROIDEO-ESTERNAL.	12	VER ANEXO		UNIDAD		-	-	-
2	CHALECO DELANTAL PLOMADO PRENDAS CONTRA RAYOS X	12	VER ANEXO		UNIDAD		-	-	-
3	GAFAS PLOMADAS	12	VER ANEXO		UNIDAD		-	-	-
4	RESPIRADOR MEDIA CARA	20	VER ANEXO		UNIDAD		-	-	-
5	PRE FILTRO MATERIAL PARTICULADO (PAQUETE POR DOS UNIDADES)	20	VER ANEXO		UNIDAD		-	-	-
6	FILTRO PARA VAPORES ORGANICOS Y GASES ACIDOS (PAQUETE POR DOS UNIDADES)	20	VER ANEXO		UNIDAD				-
					TOTAL			-	-

Nombre:

Firma

Representante Legal