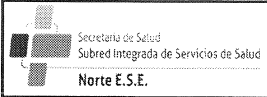
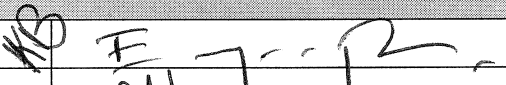
		INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO: AP-CT-F-04-05
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 5
						PÁGINA: 1 DE 3
						FECHA: 22/05/2020
INVITACIÓN A COTIZAR No. 155 - 2020 S.NTE						
OBJETO A CONTRATAR		ADQUIRIR EQUIPOS MEDICOS Y ANTROPOMETRICOS PARA LA VALORACION FISICA Y EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO, A LA COMUNIDAD DE LAS LOCALIDADES INTERVENIDAS POR LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES EN LA ESTRATEGIA DE CUIDATE SE FELIZ DE ESPACIO PUBLICO, EL COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DEL ESPACIO VIVIENDA, EL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA Y EL ESPACIO TRABAJO.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	TALLÍMETRO	UNIDAD	6	6	Tallímetro para niños mayores de 2 años: Desarmable, con base o plataforma que brinde estabilidad y tope móvil, Alcance de medición: 20 - 205 cm, Unidad de marcación: centímetros, Resolución o división de escala: 1 mm, Error permitido: 2 mm, Material: que garantice la estabilidad dimensional, y los procesos de limpieza y desinfección, óptimo para trabajo de campo. Peso máximo 3 kg	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.
2	PESA BEBÉS	UNIDAD	4	4	Pesa bebés electrónicos menores de 2 años: desarmable, con plataforma que brinde estabilidad para ubicar al bebé acostado o sentado. Alcance de medición: 0 a 25 Kg, Unidad de marcación: gramos. Sensibilidad 50 gramos o menos. Certificado de calibración. Batería y red eléctrica, Dimensiones, diseño material de elaboración óptimo para trabajo de campo, resistente a procesos de limpieza y desinfección. Peso máximo del equipo: 3 kg	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.
3	CINTA MÉTRICA	UNIDAD	124	124	Cinta métrica coporal con alcance de 2 mt, division de escala en mm, material flexible y sistema retráctil	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.
4	CINTA MÉTRICA PARA ANTROPOMETRÍA	UNIDAD	7	7	Cinta métrica para medir circunferencias. Alcance de medición 20 - 205 cm, Resolución o división de escala: 1 mm, Unidad de marcación: mm-cm, Error permitido: 2 mm, Materiales: Que garanticen la estabilidad dimensional, diseño material de elaboración óptimo para trabajo de campo, resistente a procesos de limpieza y desinfección .	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.
5	BASCULA DIGITAL	UNIDAD	8	8	Bascula digital de piso con capacidad hasta 150kg y sencibilidad de 50 a 100 gr	

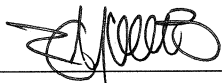
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				CÓDIGO: AP-CT-F-04-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 22/05/2020
6	TERMOMETRO DIGITAL INFRARROJO SIN CONTACTO PARA USO HUMANO	UNIDAD	6	6	Termometro para la medición de la temperatura del cuerpo humano mediante la recolección de la radiación térmica infrarroja de la frente humana, tiene las ventajas de una operación simple y sanitaria. Pantalla digital LCD retroiluminada, ligero y portátil para su uso. • Rango de Medidas: 32°C - 42.9°C (89.6°F - 109.22°F) • Resolución: 0.1°C / 0.1°F • Precisión: ± 0.2°C / 0.4°F • Distancia de Medida: 5cm – 15cm (2in – 5.9in) • Unidad de medición de la temperatura: °C y °F • Condiciones de trabajo: 16°C – 35°C, Humedad <85% • Fuente de alimentación: Batería (Incluida) • Modos de medición: Corporal y Superficies. • Función de retención de datos automática. • Función de apagado automático después de 15 segundos. • Alarma de Vibración (valor predeterminado es 38 C). • Memorización de los últimos 30 datos de medición. • Alarma de batería baja.	Certificado de calibración emitido por un laboratorio certificado en Colombia
7	TENSÍOMETRO DIGITAL	UNIDAD	80	80	Tensiómetro digital para la medición de la presión arterial por método no invasivo. Con batería recargable, detector de movimiento, con insuflación del manguito de 0 a 300 mmHg, toma de tensión arterial en un máximo de 20 segundos, intervalo de frecuencia de pulso de 35 a 199 LPM, con precisión de la presión sanguínea que cumpla o supere las normas ANSI AAMI resolución o máxima tolerancia de error de ± 5 mmHg., Certificado de calibración. Batería y red eléctrica. Brazaletes reusables con forro de tela no conductiva y cierre tipo velcro, de diferentes medidas: pediátrico adulto y adulto grande u obeso, Bolsas de insuflación libres de látex. Accesorios: Estuche protector para guardar y transportar el equipo	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
SEGÚN ANEXO						
JURÍDICOS:		1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)				

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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	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	EL PROPONENTE DEBE HACER ENTREGA DE LA FICHA TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS OFERTADOS DONDE SE ESPECIFIQUEN CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO PARA LAOS CASOS QUE APLIQUE.	
	2	EL PROPONENTE DEBE HACER ENTREGA DEL REGISTRO INVIMA DE LOS BIENES OFRECIDOS, EN DONDE FIGURE COMO FABRICANTE, IMPORTADOR O DISTRIBUIDOR SEGÚN LOS DECRETOS 4725 DE 2005 Y 4957 DE 2007 Y REGISTRO DE IMPORTACIÓN PARA LOS EQUIPOS QUE APLIQUE.	
	3	ANEXAR EXPERIENCIA CERTIFICADA DE MÁXIMO TRES (3) CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL.	
	4	EL PROPONENTE DEBERA ANEXAR GARANTIA DE CALIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES OFERTADOS DE MINIMO 1 AÑO	
	5	EL PROPONENTE DEBE HACER ENTREGA DE UNA CERTIFICACIÓN DONDE SE COMPROMETA A ENTREGAR CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN ONAC DE LOS EQUIPOS QUE APLIQUE	
	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.		

	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	
CRITERIOS DE DESEMPEÑO	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.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
VALOR	SESENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE (\$63.974.200)		CDP No.	2236
RUBRO PRESUPUESTAL	ADQUISICIÓN DE BIENES PIC		FECHA DE CDP	28/10/2020
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. NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA ESE.		PLAZO DE EJECUCIÓN APROXIMADO	TRES (3) MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
SITIO DE ENTREGA	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
GARANTÍAS DE 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 CUATRO (4) MESES MÁS.			
	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.			
	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.			
CRITERIOS DE RECHAZO DE UNA OFERTA				
1. CUANDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS, FINANCIERAS Y LEGALES DE LA PROPUESTA NO PERMITA SU ADJUDICACIÓN . 2. CUANDO SE DEMUESTRE LA PARTICIPACIÓN DE UN OFERENTE EN VARIAS PROPUESTAS. 3. CUANDO SE SOLICITE ALGUNA ACLARACIÓN Y ESTA NO SEA ATENDIDA DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO O LO RESPONDA DE MANERA INSATISFACTORIA O INCONSISTENTE O LO HAGA MODIFICANDO LA OFERTA. 4. CUANDO LA PROPUESTA SEA PRESENTADO EN LUGAR O FECHAS DIFERENTES 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.				
	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 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.			

 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
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	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. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS EN LA FECHA, LUGAR, Y HORA REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2. CUMPLIR CON EL SUMINISTRO OPORTUNO Y COMPLETO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS, CON LA CALIDAD Y LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS. 3. REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS CUANDO LOS EQUIPOS QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD, REFERENCIA, PRESENTACIÓN Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO O CUANDO SE ENCUENTRE DEFECTUOSO, EL CAMBIO DEBE REALIZARSE DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA NOVEDAD. 4. ASUMIR DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL LA GARANTÍA Y EL REMPLAZO A SUS EXPENSAS, SIN COSTO ALGUNO PARA LA E.S.E. DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS QUE RESULTEN CON FALLAS DE CALIDAD O CON DEFECTOS DE FÁBRICA. 5. ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO 6. GARANTIZAR LA ENTREGA DE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 7. GARANTIZAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y VIGILANCIA CONTRACTUAL QUE EJERZA LA E.S.E, A TRAVÉS DEL PERSONAL IDÓNEO QUE ESTE DESIGNE. 8. ASUMIR LOS GASTOS DE TRANSPORTE, EMBALAJE Y LOGÍSTICA REQUERIDOS PARA REALIZAR LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS EN EL LUGAR QUE SOLICITE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 9. REALIZAR LA ENTREGA EN EL EMBALAJE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE PRODUCTO Y RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE. 10. INFORMAR EL CAMBIO DE REGISTRO SANITARIO EN CASO DE VENCIMIENTO DEL MISMO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 11. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN O IRREGULARIDAD QUE AFECTE EL NORMAL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 12. EXONERAR A LA E.S.E DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL, PENAL, COMERCIAL Y CONTRACTUAL POR LAS FALLAS QUE PRESENTE EL CONTRATISTA EN EL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. 13. EL CONTRATISTA DEBE HACER ENTREGA DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DURANTE EL TIEMPO DE GARANTIA		
	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 ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. MONICA BRIGETTE CELY RAMOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. FABIO CORTES CRUZ	
	Nombre y Firma Gerente:	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN 155 - 2020 S.NTE	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	4/11/2020
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR	5/11/2020
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LA INVITACIÓN	6/11/2020
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 9/11/2020 HORA: 2:00 P.M Plataforma SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 9/11/2020 HORA: 2:10 P.M Plataforma SECOP II
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 9/11/2020 y 11/11/2020
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES INICIALES	12/11/2020
OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES INICIALES	13/11/2020 5:00P.M
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS	DENTRO DE LOS (8) OCHO DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES INICIALES.
REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A VEEDURÍA CIUDADANA		CÓDIGO: AP-CT-F-03-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		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	ADQUIRIR EQUIPOS MEDICOS Y ANTROPOMETRICOS PARA LA VALORACION FISICA Y EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO, A LA COMUNIDAD DE LAS LOCALIDADES INTERVENIDAS POR LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES EN LA ESTRATEGIA DE CUIDATE SE FELIZ DE ESPACIO PUBLICO, EL COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DEL ESPACIO VIVIENDA, EL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA Y EL ESPACIO TRABAJO.		
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,   Mónica Brigitte Cely Ramos Directora de Contratación			

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Octubre 28 De 2020

CDP. No.

2236

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.....: 32102010400000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020104

NOMBRE RUBRO.....: ADQUISICION DE BIENES PIC

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 61,500,646.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 107,992,768.00

SALDO DE APROPIACION : 169,493,414.00

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:SUMIN EQ MED ANTROP VALOR FISICA Y EL DESARR ACT P
IC

POR UN VALOR INICIAL DE : 63,974,200.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

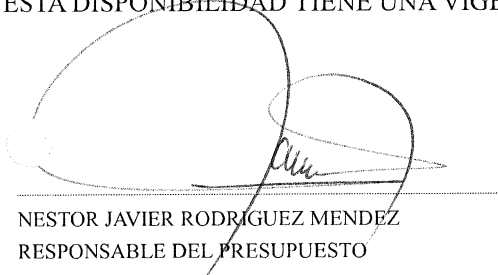
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 63,974,200.00

SESENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 61,500,646.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 44,018,568.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (60) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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		24/09/2020	FECHA DE RECIBIDO D/M/A				
DATOS DEL SOLICITANTE							
NOMBRE DEL SOLICITANTE:		ISABEL CRISTINA GALLEG0 SUAREZ					
PROCESO:		GESTION DEL RIESGO -PSPIC					
CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:		dirgestiondelriesgonorte@gmail.com					
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		COORDINADORA PSPIC		PAA () PROYECTO (X)			
OBJETO A CONTRATAR							
ADQUIRIR EQUIPOS MEDICOS Y ANTROPOMETRICOS PARA LA VALORACION FISICA Y EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO, A LA COMUNIDAD DE LAS LOCALIDADES INTERVENIDAS POR LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES EN LA ESTRATEGIA DE CUIDATE SE FELIZ DE ESPACIO PUBLICO, EL COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DEL ESPACIO VIVIENDA, EL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA Y EL ESPACIO TRABAJO.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO EN LOS ESPACIOS Y/O PROCESOS DE VIVIENDA, PUBLICO Y VSP, EN EL MARCO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR1584705, SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL, PARA REALIZAR LA TAMIZACION A LA POBLACION OBJETO A INTERVENIR EN PROCESO DE GESTION DEL RIESGO, LA TAMIZACION DE LA ESTRATEGIA CUIDATE SE FELIZ Y VSP.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN	P.A.A.
1	TALLÍMETRO	6	Unidad	6	Tallímetro para niños mayores de 2 años: Desarmable, con base o plataforma que brinde estabilidad y tope móvil, Alcance de medición: 20 - 205 cm, Unidad de marcación: centímetros, Resolución o división de escala: 1 mm, Error permitido: 2 mm, Material: que garantice la estabilidad dimensional, y los procesos de limpieza y desinfección, óptimo para trabajo de campo. Peso máximo 3 kg	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	
2	PESA BEBÉS	4	Unidad	4	Pesa bebés electrónicos menores de 2 años: desarmable, con plataforma que brinde estabilidad para ubicar al bebé acostado o sentado. Alcance de medición: 0 a 25 Kg, Unidad de marcación: gramos. Sensibilidad 50 gramos o menos. Certificado de calibración. Batería y red eléctrica, Dimensiones, diseño material de elaboración óptimo para trabajo de campo, resistente a procesos de limpieza y desinfección. Peso máximo del equipo: 3 kg	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	
3	CINTA MÉTRICA	124	Unidad	124	Cinta métrica coporal con alcance de 2 mt, division de escala en mm, material flexible y sistema retráctil	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	
4	CINTA MÉTRICA PARA ANTROPOMETRÍA	7	Unidad	7	Cinta métrica para medir circunferencias. Alcance de medición 20 - 205 cm, Resolución o división de escala: 1 mm, Unidad de marcación: mm-cm, Error permitido: 2 mm, Materiales: Que garanticen la estabilidad dimensional, diseño material de elaboración óptimo para trabajo de campo, resistente a procesos de limpieza y desinfección.	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	
6	Bascula Digital	8	Unidad	8	Bascula digital de piso con capacidad hasta 150kg y sencibilidad de 50 a 100 gr		

Lab

8

1359

1	Termometro digital infrarrojo sin contacto para uso humano	6	Unidad	6	Termometro para la medición de la temperatura del cuerpo humano mediante la recolección de la radiación térmica infrarroja de la frente humana, tiene las ventajas de una operación simple y sanitaria. Pantalla digital LCD retroiluminada, ligero y portátil para su uso. • Rango de Medidas: 32°C - 42.9°C (89.6°F - 109.22°F) • Resolución: 0.1°C / 0.1°F • Precisión: ± 0.2°C / 0.4°F • Distancia de Medida: 5cm – 15cm (2in – 5.9in) • Unidad de medición de la temperatura: °C y °F • Condiciones de trabajo: 16°C – 35°C. Humedad <85% • Fuente de alimentación: Batería (Incluida) • Modos de medición: Corporal y Superficies. • Función de retención de datos automática. • Función de apagado automático después de 15 segundos. • Alarma de Vibración (valor predeterminado es 38 C). • Memorización de los últimos 30 datos de medición. • Alarma de batería baja.	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN EMITIDO POR UN LABORATORIO CERTIFICADO EN COLOMBIA	
7	Tensiómetro digital	80	Unidad	80	Tensiómetro digital para la medición de la presión arterial por método no invasivo. Con batería recargable, detector de movimiento, con insuflación del manguito de 0 a 300 mmHg, toma de tensión arterial en un máximo de 20 segundos, intervalo de frecuencia de pulso de 35 a 199 LPM, con precisión de la presión sanguínea que cumpla o supere las normas ANSI AAMI resolución o máxima tolerancia de error de ± 5 mmHg., Certificado de calibración. Batería y red eléctrica. Brazaletes reusable con forro de tela no conductiva y cierre tipo velcro, de diferentes medidas: pediátrico adulto y adulto grande u obeso, Bolsas de insuflación libres de látex Accesorios: Estuche protector para guardar y transportar el equipo	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO X ____

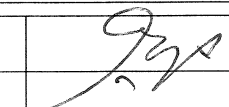
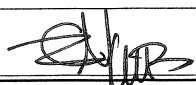
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA				
TÉCNICOS (x)	ECONÓMICOS (x)	OTROS ()	CUALES:	
CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR				
1. EL PROPONENTE DEBE HACER ENTREGA DE LA FICHA TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS OFERTADOS DONDE SE ESPECIFIQUEN LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO PARA LOS CASOS QUE APLIQUE. 2. EL PROPONENTE DEBE HACER ENTREGA DEL REGISTRO INVIMA DE LOS BIENES OFRECIDOS, EN DONDE FIGURE COMO FABRICANTE, IMPORTADOR O DISTRIBUIDOR SEGÚN LOS DECRETOS 4725 DE 2005 Y 4957 DE 2007 Y REGISTRO DE IMPORTACIÓN PARA LOS EQUIPOS QUE APLIQUE 3. ANEXAR EXPERIENCIA CERTIFICADA DE MÁXIMO TRES (3) CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL. 4. EL PROPONENTE DEBERA ANEXAR GARANTIA DE CALIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES OFERTADOS DE MINIMO 1 AÑO 5. EL PROPONENTE DEBE HACER ENTREGA DE UNA CERTIFICACIÓN DONDE SE COMPROMETA A ENTREGAR CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN ONAC DE LOS EQUIPOS QUE APLIQUE				
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 SERIEDAD DE LA OFERTA ()	PÓLIZA SEGURO DE MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS PARA PARTICULARES ()
GARANTÍA BANCARIA ()	POLIZA PROVISION DE REPUESTOS , ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ()	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (X)	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA ()	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ()

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 2 DE 2 FECHA: 22/05/2020

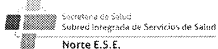
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA
GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR 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 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 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. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS EN LA FECHA, LUGAR, Y HORA REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2. CUMPLIR CON EL SUMINISTRO OPORTUNO Y COMPLETO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS, CON LA CALIDAD Y LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS. 3. REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS CUANDO LOS EQUIPOS QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD, REFERENCIA, PRESENTACIÓN Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO O CUANDO SE ENCUENTRE DEFECTUOSO, EL CAMBIO DEBE REALIZARSE DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA NOVEDAD. 4. ASUMIR DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL LA GARANTÍA Y EL REMPLAZO A SUS EXPENSAS, SIN COSTO ALGUNO PARA LA E.S.E. DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS QUE RESULTEN CON FALLAS DE CALIDAD O CON DEFECTOS DE FÁBRICA. 5. ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO 6. GARANTIZAR LA ENTREGA DE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 7. GARANTIZAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y VIGILANCIA CONTRACTUAL QUE EJERZA LA E.S.E, A TRAVÉS DEL PERSONAL IDÓNEO QUE ESTE DESIGNE. 8. ASUMIR LOS GASTOS DE TRANSPORTE, EMBALAJE Y LOGÍSTICA REQUERIDOS PARA REALIZAR LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS EN EL LUGAR QUE SOLICITE EL SUPERVISOR DEL 9. REALIZAR LA ENTREGA EN EL EMBALAJE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE PRODUCTO Y RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE. 10. INFORMAR EL CAMBIO DE REGISTRO SANITARIO EN CASO DE VENCIMIENTO DEL MISMO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 11. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN O IRREGULARIDAD QUE AFECTE EL NORMAL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 12. EXONERAR A LA E.S.E DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL, PENAL, COMERCIAL Y CONTRACTUAL POR LAS FALLAS QUE PRESENTE EL CONTRATISTA EN EL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. 13. EL CONTRATISTA DEBE HACER ENTREGA DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DURANTE EL TIEMPO DE GARANTIA

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)	
TRES (3) MESES	

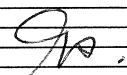
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA	
1. CUANDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS, FINANCIERAS Y LEGALES DE LA PROPUESTA NO PERMITA SU ADJUDICACIÓN . 2. CUANDO SE DEMUESTRE LA PARTICIPACIÓN DE UN OFERENTE EN VARIAS PROPUESTAS. 3. CUANDO SE SOLICITE ALGUNA ACLARACIÓN Y ESTA NO SEA ATENDIDA DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO O LO RESPONDA DE MANERA INSATISFACTORIA O INCONSISTENTE O LO HAGA MODIFICANDO LA OFERTA . 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	ISABEL CRISTINA GALLEGU SUAREZ	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ÁREA Aprobó	ISABEL CRISTINA GALLEGU SUAREZ	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN: Revisó	 MONICA BRIGETTE CELY RAMOS	

OBSERVACIONES: Se anexa clausulado Ctto No. CO1.PCCNTR1584705

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-03
			VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

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			
		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
AMBIENTALES:	DAÑOS AMBIENTALES OCASIONADOS POR EL MATERIAL EN QUE ESTA ELABORADO EL PRODUCTO				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA
DE LA NATURALEZA:	EVENTOS NATURALES QUE PUEDAN OCASIONARSE DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO.			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE
OPERACIONAL:	POR INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL PRODUCTO O LO RELACIONADO CON LA CALIDAD DEL MISMO			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE
ECONÓMICOS:	FACTORES ECONOMICOS QUE PUEDAN AFECTAR LA ADQUISICION DEL PRODUCTO		3					2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
FINANCIERO:	NO CONTAR CON EL RECURSO PARA LA ADQUISICION DEL PRODUCTO		3					2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
REGULATORIO:	DEMORA EN LA RADICACION OPORTUNA DE LAS CUENTAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, DEMORA EN LA LEGALIZACION DEL CONTRATO, POR FALTA DE FIRMAS U OTRO REQUISITO DE TIPO LEGAL PARA SU INCONFORMIDAD DE LA COMUNIDAD Y AGREMIACIONES POR LA NO PRESTACION DEL SERVICIO O INADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS LOS CUALES PUEDEN AFECTAR LA VIDA DE LAS PERSONAS.		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
SOCIALES O POLÍTICOS:							3			3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE
										0		
										0		
										0		
										0		

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	ISABEL CRISTINA GALLEGU SUAREZ
Cargo:	DIRECTORA GESTION DEL RIESGO
Fecha Elaboración d/m/a	24/09/2020

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 **“ADQUIRIR EQUIPOS MEDICOS Y ANTROPOMETRICOS PARA LA VALORACION FISICA Y EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO, A LA COMUNIDAD DE LAS LOCALIDADES INTERVENIDAS POR LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES EN LA ESTRATEGIA DE CUIDATE SE FELIZ DE ESPACIO PUBLICO, EL COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DEL ESPACIO VIVIENDA, EL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA Y EL ESPACIO TRABAJO.”**

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)

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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 ☐	RENTA/CREE	SI ☐	IVA
	NO ☐		NO ☐	ICA
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 ☐	SERVICIOS ☐	OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐	OTRA ☐	Especifique cual: _____
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS
				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 155-2020 S.NTE

ANEXO 5 ECONOMICO -ADQUIRIR EQUIPOS MEDICOS Y ANTROPOMETRICOS PARA LA VALORACION FISICA Y EL DESARROLLO ADECUADO DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO, A LA COMUNIDAD DE LAS LOCALIDADES INTERVENIDAS POR LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES EN LA ESTRATEGIA DE CUIDATE SE FELIZ DE ESPACIO PUBLICO, EL COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DEL ESPACIO VIVIENDA, EL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA Y EL ESPACIO TRABAJO. .

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Consumo Por promedio Mensual	Especificación Técnica	Observación	Unidad de Medida	Valor Unitario	IVA (SI APLICA)	V/R Total Unitario
1	TALLÍMETRO	6	6	Tallímetro para niños mayores de 2 años: Desarmable, con base o plataforma que brinde estabilidad y tope móvil, Alcance de medición: 20 - 205 cm, Unidad de marcación: centímetros, Resolución o división de escala: 1 mm, Error permitido: 2 mm, Material: que garantice la estabilidad dimensional, y los procesos de limpieza y desinfección, óptimo para trabajo de campo. Peso máximo 3 kg	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	UNIDAD			-
2	PESA BEBÉS	4	4	Pesa bebés electrónicos menores de 2 años: desarmable, con plataforma que brinde estabilidad para ubicar al bebé acostado o sentado. Alcance de medición: 0 a 25 Kg, Unidad de marcación: gramos. Sensibilidad 50 gramos o menos. Certificado de calibración. Batería y red eléctrica, Dimensiones, diseño material de elaboración óptimo para trabajo de campo, resistente a procesos de limpieza y desinfección. Peso máximo del equipo: 3 kg	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	UNIDAD			-
3	CINTA MÉTRICA	124	124	Cinta métrica coporal con alcance de 2 mt, division de escala en mm, material flexible y sistema retráctil	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	UNIDAD			-
4	CINTA MÉTRICA PARA ANTROPOMETRÍA	7	7	Cinta métrica para medir circunferencias. Alcance de medición 20 - 205 cm, Resolución o división de escala: 1 mm, Unidad de marcación: mm-cm, Error permitido: 2 mm, Materiales: Que garanticen la estabilidad dimensional, diseño material de elaboración óptimo para trabajo de campo, resistente a procesos de limpieza y desinfección .	Para trabajo de campo, portátil y de fácil limpieza y desinfección.	UNIDAD			-
5	BASCULA DIGITAL	8	8	Bascula digital de piso con capacidad hasta 150kg y sencibilidad de 50 a 100 gr		UNIDAD			-
				Termometro para la medición de la temperatura del cuerpo humano mediante la recolección de la radiación térmica infrarroja de la frente humana, tiene las ventajas de una operación simple y sanitaria. Pantalla digital LCD retroiluminada, ligero y portátil para su uso					

