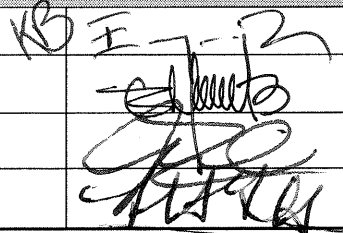


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		INVITACIÓN A COTIZAR					CÓDIGO: AP-CT-F-04-05		
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 5		
							PÁGINA: 1 DE 3		
					FECHA: 22/05/2020				
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>161-2020 S.NTE</u>									
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN L AUHMES SIMÓN BOLIVAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E							
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO									
ITEM	CÓDIGOS SERVINTE	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN		
1	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	1 CAJA	100 UNIDADES	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G			
2	MQ2024	AGUJA PARA BIOPSIA	1 CAJA	100 UNIDADES	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 20 G			
3	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	1 CAJA	21 G	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G			
4	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	1 CAJA	22 G	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G			
5	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	1 CAJA	25 G	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G			
6	MQ0035	AGUJA DE CORTE	1 CAJA	10	1	14 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola		
7		AGUJA DE CORTE	1 CAJA	10	1	16 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola		
8	MQ0084	AGUJA DE CORTE	1 CAJA	10	1	18 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola		
9		AGUJA DE CORTE	1 CAJA	10	1	20 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola		
10		AGUJA DE CORTE	1 CAJA	10	1	22 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola		
11		AGUJA DE INSULINA	1 CAJA	50 UNIDADES	1				
12	MQ3129	AGUJA	1 CAJA	50 UNIDADES	1	18 G X 40 MM			
13	MQ3177	AGUJA	1 CAJA	50 UNIDADES	1	20 G X 40 MM			
14	MQ3181	AGUJA	1 CAJA	50 UNIDADES	1	21 G X 50 MM			
		AGUJA	1 CAJA	50 UNIDADES	1	22 G X 30 MM			
16	MQ2990	AGUJA	1 CAJA	50 UNIDADES	1	25 G X 25 MM			
17		CATETER MULTIPROPOSITO	UNIDAD	10	10	COOK O BOSTON 8,5 F			
18	MQ2732	CATETER MULTIPROPOSITO	UNIDAD	10	10	COOK O BOSTON 10 F			
19		CATETER MULTIPROPOSITO	UNIDAD	10	10	COOK O BOSTON 12 F			
20	MQ3066	CATETER MULTIPROPOSITO	UNIDAD	10	10	COOK O BOSTON 14 F			
21		EQUPO NEUMOTORAX	UNIDAD	10	10	COOK O BOSTON 6,3 F PEDIATRICO			

		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
22		EQUIPO NEUMOTORAX	UNIDAD	10	10	COOK O BOSTON 9 F ADULTO	
23		EQUIPO DE ACCESORIO DE ASPIRACION PARA NEUMOTORAX SIMPLE	UNIDAD	5	5	COOK O BOSTON ADULTO	
24	MQ3205	EQUIPO DE DRENAJE PLEURA FUHRMANF	UNIDAD	5	5	ADULTO	
25	MQ0327	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	CAJA	50 UNIDADES	50	N. 14	No se requiere de seguridad debido a que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje
26	MQ0328	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	CAJA	50 UNIDADES	50	N. 16	Por que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje
27	MQ0329	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	CAJA	50 UNIDADES	50	N. 18	Por que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje
28		PORTAOBJETOS MICROSCOPIO	CAJAS	50 UNIDADES	50	(VIDRIOS)	
ARTÍCULO REQUERIDO EN CALIDAD DE COMODATO							
1		EQUIPO APOYO TECNOLÓGICO	UNIDAD	1		AUTOMÁTICA REUTILIZABLE	DEBE SER COMPATIBLE CON LAS AGUJAS DE CORTE
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN							
SEGÚN ANEXO							
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE		JURÍDICOS: - CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) - CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) - CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) - FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT - FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT - FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% - FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) - CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS - CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS - CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. - CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. - CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. - CERTIFICACIÓN BANCARIA					
		SARLAFT: - 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). - 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). - FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.					

	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
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: EXPERIENCIA DEMOSTRADA A TRAVÉS DE CONTRATOS "ANEXAR EXPERIENCIA CERTIFICADA DE MÁXIMO TRES (3) CONTRATOS EJECUTADOS - CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS CON OBJETO SIMILAR AL PRESENTE PROCESO, Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL. - CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIA PARA DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS EXPEDIDO POR EL INVIMA - ENTREGAR CARTA DONDE SE OFRECE EN CALIDAD DE COMODATO PISTOLA PARA BIOPSIA, ACORDE AL SUMINISTRO DE AGUJAS. - ENVÍO DE FICHAS TÉCNICAS POR CADA UNO DE LOS ITEM A EVALUAR. - CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS EXPEDIDO POR EL INVIMA. - INSCRIPCIÓN A LA RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA - REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MEDICO QUIRÚRGICO - CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE - PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA - CONCEPTO TÉCNICO HIGIENICO SANITARIO FAVORABLE ECONÓMICOS: - PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). - LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. - LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. - 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: LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
VALOR	TREINTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRÉS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$32.623.450)	CDP No.	2265	
RUBRO PRESUPUESTAL	MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS	FECHA DE CDP	30/10/2020	
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	

	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
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.	
	C) DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS: PARA PREVENIR EL INCUMPLIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LOS EQUIPOS O BIENES ADQUIRIDOS, SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL 5% DEL VALOR ESTIMADO DE LOS REPUESTOS O DEL VALOR DEL CONTRATO Y SU PLAZO SERÁ DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O UN (1) AÑO DESDE LA ENTREGA DEL REPUESTO O ACCESORIO.	
	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 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.		
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 ELEMENTOS EN LA FECHA, LUGAR, Y HORA REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	

 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	
	2. CUMPLIR CON EL SUMINISTRO OPORTUNO Y COMPLETO DE LOS ELEMENTOS, CON LA CALIDAD Y LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS			
	3. REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS CUANDO LOS ELEMENTOS NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD, REFERENCIA, PRESENTACIÓN Y CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO O CUANDO SE ENCUENTREN 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 REEMPLAZO A SUS EXPENSAS, SIN COSTO ALGUNO PARA LA E.S.E. DE LOS ELEMENTOS QUE RESULTEN CON FALLAS DE CALIDAD O CON DEFECTOS DE FÁBRICA, SIEMPRE QUE ESTOS NO HAYAN SIDO UTILIZADOS			
	5. ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES REALIZADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.			
	6. ASUMIR LOS GASTOS DE TRASPORTE, EMBALAJE Y LOGÍSTICA REQUERIDOS PARA REALIZAR LA ENTREGA DE LOS INSUMOS EN EL LUGAR QUE SOLICITE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
	7. LA ADQUISICIÓN DE LOS ELEMENTOS A QUE SE REFIERE ESTE CONTRATO SERÁ REALIZADA POR EL CONTRATISTA, A TRAVÉS DE SU PERSONAL, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, FINANCIERA, CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA.			
	8. LAS DEMÁS QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DEL OBJETO DEL CONTRATO O POR EL REQUERIMIENTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
	9. LA SUBRED PODRÁ DEDUCIR DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA QUE TENGA EN SU PODER, TODO COSTO, GASTO, PERDIDA QUE SE GENERE, CAUSE O EN QUE SE INCURRA EN EJECUCIÓN O EN DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO, PREVIA LA APLICACIÓN DEL DEBIDO PROCESO PARA EL CONTRATISTA.			
	10. CONSTITUIR LAS GARANTÍAS EXIGIDAS Y PRESENTARLAS A LA SUBRED PARA SU APROBACIÓN EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN EL CONTRATO.			
	11. ENTREGAR LOS ELEMENTOS SOLICITADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO EN EL ALMACÉN DE LA SUBRED NORTE, MÁXIMO 48 HORAS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DE LA SOLICITUD DE SUMINISTRO.			
	12. ENTREGAR EN CALIDAD DE COMODATO PISTOLA PARA BIOPSIA, LA CUAL DEBE SER COMPATIBLE CON LAS AGUJAS DE CORTE.			
	13. LA PISTOLA PARA BIOPSIA DEBE SER ENTREGADA CON SU FICHA TÉCNICA, PROGRAMA DE MANTENIMIENTO. LOS COSTOS Y CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMAS DE MANTENIMIENTO, COMO SUS REPUESTOS, DEBEN SER ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA.			
	ACLARACIONES			
EN CASO DE ACLARACIONES	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES 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. MÓNICA 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 161-2020 S.NTE	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	2/12/2020
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR	3/12/2020
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LA INVITACIÓN	4/12/2020
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 7/12/2020 HORA: 2:00 P.M Plataforma SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 7/12/2020 HORA: 2:10 P.M Plataforma SECOP II
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 7/12/2020 y 10/12/2020
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES INICIALES	10/12/2020
OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES INICIALES	11/12/2020 2:00P.M
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS	14/12/2020
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

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 LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN LA UHMS SIMÓN BOLÍVAR DE 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,


Mónica Brigette Cely Ramos
Directora de Contratación

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Octubre 30 De 2020

CDP. No. 2265

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.....: 32102010200000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020102

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,240,508,531.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 900,914,996.00

SALDO DE APROPIACION : 2,141,423,527.00

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 DISP MEDICOS SERV RADIOLOGIA INTERVENCIONIST

A UHMES SI

CON UN VALOR INICIAL DE : 32,623,450.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 32,623,450.00

TREINTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

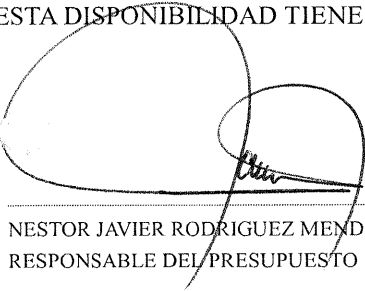
SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE

DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,240,508,531.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 868,291,546.00

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


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-01-06 VERSIÓN: 6				
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 18/05/2020				
FECHA DE SOLICITUD D/M/A		30 de Octubre de 2020		FECHA DE RECIBIDO D/M/A				
DATOS DEL SOLICITANTE								
NOMBRE DEL SOLICITANTE:		Dra. Sandra Roza						
PROCESO:		Subgerencia de Servicios de Salud						
CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:		subservicios@subrednorte.gov.co						
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		Director de Servicios Complementarios		PAA (X) PROYECTO ()				
OBJETO A CONTRATAR								
Contratar la adquisición de insumos médico quirúrgicos para la apertura del servicio de Radiología Intervencionista en la UHMES Simón Bolívar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E..								
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR								
Que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., presta servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articula en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital, adicionalmente adelanta las acciones de autocuidado, mutuo cuidado y las intersectoriales que fomenten acciones individuales y colectivas para incentivar estilos de vida saludable. La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E., a fin de dar cumplimiento a los postulados de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y sus Decretos reglamentarios y en ejercicio de la función misional que le compete, requiere "CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E." necesarios para la oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación del servicio innovando en el diagnóstico oportuno a través de procedimientos mínimamente invasivos.								
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR								
ITEM	CÓDIGOS SERVINTE	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN	P.A.A.
1	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	100 UNIDADES	1 CAJA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		
2	MQ2024	AGUJA PARA BIOPSIA	100 UNIDADES	1 CAJA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 20 G		
3	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	21 G	1 CAJA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		
4	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	22 G	1 CAJA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		
5	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	25 G	1 CAJA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		
6	MQ0035	AGUJA DE CORTE	10	1 CAJA	1	14 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	
7		AGUJA DE CORTE	10	1 CAJA	1	16 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	
8	MQ0084	AGUJA DE CORTE	10	1 CAJA	1	18 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	
9		AGUJA DE CORTE	10	1 CAJA	1	20 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	
10		AGUJA DE CORTE	10	1 CAJA	1	22 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	

1652
 13-11-2020
 2:10 PM

11		AGUJA DE INSULINA	50 UNIDADES	1 CAJA	1			
12	MQ3129	AGUJA	50 UNIDADES	1 CAJA	1	18 G X 40 MM		
13	MQ3177	AGUJA	50 UNIDADES	1 CAJA	1	20 G X 40 MM		
14	MQ3181	AGUJA	50 UNIDADES	1 CAJA	1	21 G X 50 MM		
15		AGUJA	50 UNIDADES	1 CAJA	1	22 G X 30 MM		
16	MQ2990	AGUJA	50 UNIDADES	1 CAJA	1	25 G X 25 MM		
17		CATETER MULTIPROPOSITO	10	UNIDAD	10	COOK O BOSTON 8,5 F		
18	MQ2732	CATETER MULTIPROPOSITO	10	UNIDAD	10	COOK O BOSTON 10 F		
19		CATETER MULTIPROPOSITO	10	UNIDAD	10	COOK O BOSTON 12 F		
20	MQ3066	CATETER MULTIPROPOSITO	10	UNIDAD	10	COOK O BOSTON 14 F		
21		EQUPO NEUMOTORAX	10	UNIDAD	10	COOK O BOSTON 6,3 F PEDIATRICO		
22		EQUPO NEUMOTORAX	10	UNIDAD	10	COOK O BOSTON 9 F ADULTO		
23		EQUIPO DE ACCESORIO DE ASPIRACION PARA NEUMOTORAX SIMPLE	5	UNIDAD	5	COOK O BOSTON ADULTO		
24	MQ3205	EQUIPO DE DRENAJE PLEURA FUHRMANF	5	UNIDAD	5	ADULTO		
25	MQ0327	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	50 UNIDADES	CAJA	50	N. 14	No se requiere de seguridad debido a que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje	
26	MQ0328	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	50 UNIDADES	CAJA	50	N. 16	Por que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje	
27	MQ0329	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	50 UNIDADES	CAJA	50	N. 18	Por que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje	
28		PORTAOBJETOS MICROSCOPIO	50 UNIDADES	CAJAS	50	(VIDRIOS)		
Artículo requerido en calidad de comodato								
1		PISTOLA PARA BIOPSIA	1	UNIDAD	1	AUTOMATICA REUTILIZABLE	Debe ser compatible con las agujas de corte.	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO ____								
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA								
TÉCNICOS (X)			ECONÓMICOS (X)		OTROS ()		CUALES:	
CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR								
En caso de ser necesario describa los aspectos técnicos y requisitos específicos a considerar para la evaluación y/o aceptación de una cotización o propuesta								
1. Experiencia demostrada a través de Contratos "Anexar experiencia certificada de máximo tres (3) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas con objeto similar al presente proceso, y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial								
2. Certificado Condiciones Sanitaria para Dispositivos Medico Quirúrgicos expedido por el INVIMA}								
3. Entregar carta donde se ofrece en calidad de comodato pistola para biopsia, acorde al suministro de agujas.								
4. Envío de fichas técnicas por cada uno de los item a evaluar.								
5. Certificación Capacidad de Almacenamiento, Distribución y entrega de dispositivos medico quirúrgicos expedido por el INVIMA								
6. Inscripción a la Red Nacional de Tecnovigilancia								
7.Registro Sanitario del Dispositivo Medico Quirúrgico								
8.Certificado de Condición de Importador, Distribuidor y/o Fabricante								
9. Programa de Tecno vigilancia								

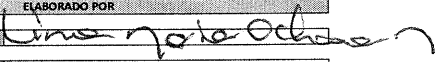
10. Concepto Técnico Higienico Sanitario Favorable				
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA				
SI ()		NO (x)		
GARANTÍAS DEL CONTRATO				
PATRIMONIO AUTÓNOMO ()	PÓLIZA PAGO DE SALARIO, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES ()	PÓLIZA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE BIENES (x)	PÓLIZA SERIEDAD DE LA OFERTA ()	PÓLIZA SEGURO DE MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS PARA PARTICULARES ()
GARANTÍA BANCARIA ()	PÓLIZA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS (x)	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (x)	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA ()	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ()
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, CUANDO HAYA LUGAR. 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 elementos en la fecha, lugar, y hora requeridas por el supervisor del contrato. 2. Cumplir con el suministro oportuno y completo de los elementos, con la calidad y las especificaciones técnicas requeridas 3. Realizar los cambios que sean necesarios cuando los elementos no cumplan con los criterios de calidad, referencia, presentación y condiciones técnicas requeridas por el supervisor del contrato o cuando se encuentren defectuosos, 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 reemplazo a sus expensas, sin costo alguno para la E.S.E. de los elementos que resulten con fallas de calidad o con defectos de fábrica, siempre que estos no hayan sido utilizados 5. Atender todos los requerimientos y solicitudes realizadas por el supervisor del contrato. 6. Asumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los insumos en el lugar que solicite el supervisor del Contrato 7. La adquisición de los elementos a que se refiere este contrato será realizada por el contratista, a través de su personal, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa. 8. Las demás que se requieren de acuerdo con la naturaleza del objeto del contrato o por el requerimiento del supervisor del contrato 9. La subred podrá deducir de cualquier suma de dinero de propiedad del contratista que tenga en su poder, todo costo, gasto, pérdida que se genere, cause o en que se incurra en ejecución o en desarrollo del presente contrato, previa la aplicación del debido proceso para el contratista. 10. Constituir las garantías exigidas y presentarlas a la subred para su aprobación en el término señalado en el contrato. 11. Entregar los elementos solicitados por el supervisor del contrato en el almacén de la subred norte, máximo 48 horas después de la aprobación de la solicitud de suministro. 12. Entregar en calidad de comodato pistola para biopsia, la cual debe ser compatible con las agujas de corte. 13. La pistola para biopsia debe ser entregada con su ficha técnica, programa de mantenimiento. Los costos y cumplimiento de cronogramas de mantenimiento, como sus repuestos, deben ser asumidos por el contratista.				
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)				
SEIS 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 TERMINO 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	Lina Maria Ochoa Muñoz / Gestora de Imágenes Diagnósticas	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ÁREA Aprobó	Dr. Ivan Dario Ochoa Pelaez/ Director de Servicios Complementarios	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN: Reviso	Dra. Monica Celi / Directora de contratacion	

	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	4				4					ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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	4				4					ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	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	4				4					ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	Respaldo las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato		3						1	4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsible en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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.	4				4					ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	LINA MARIA OCHOA MUÑOZ
Correo Electrónico:	imagenesdiagnosticas@subrednorte.gov.co
Cargo:	Gestora Imagenes Diagnosticas
Fecha Elaboración d/m/a	Noviembre 11 de 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 **“CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LA APERTURA DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN LA UHMES SIMÓN BOLIVAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.”**

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

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta 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, complemente o modifique) 7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa. 4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado. 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.		
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN		
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 161-2020 S.NTE										
ANEXO ECONOMICO - CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LA APERTURA DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN LA UHMES SIMÓN BOLIVAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										
NOMBRE DE LA EMPRESA: NIT:										
Item	CÓDIGOS SERVINTE	Nombre / Descripción	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica	Observaciones	Unidad de Medida	Valor Unitario	IVA (SI APLICA)	V/R Total Unitario
1	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	A DEMANDA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		1 CAJA			-
2	MQ2024	AGUJA PARA BIOPSIA	A DEMANDA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 20 G		1 CAJA			-
3	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	A DEMANDA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		1 CAJA			-
4	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	A DEMANDA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		1 CAJA			-
5	MQ2025	AGUJA PARA BIOPSIA	A DEMANDA	1	FRANSEEN (COOK) O CHIBA 18 G		1 CAJA			-
6	MQ0035	AGUJA DE CORTE	A DEMANDA	1	14 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	1 CAJA			-
7		AGUJA DE CORTE	A DEMANDA	1	16 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	1 CAJA			-
8	MQ0084	AGUJA DE CORTE	A DEMANDA	1	18 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	1 CAJA			-
9		AGUJA DE CORTE	A DEMANDA	1	20 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	1 CAJA			-
10		AGUJA DE CORTE	A DEMANDA	1	22 G X 10 CM	Las agujas deben ser automaticas y compatibles con la pistola	1 CAJA			-
11		AGUJA DE INSULINA	A DEMANDA	1			1 CAJA			-
12	MQ3129	AGUJA	A DEMANDA	1	18 G X 40 MM		1 CAJA			-
13	MQ3177	AGUJA	A DEMANDA	1	20 G X 40 MM		1 CAJA			-
14	MQ3181	AGUJA	A DEMANDA	1	21 G X 50 MM		1 CAJA			-
15		AGUJA	A DEMANDA	1	22 G X 30 MM		1 CAJA			-
16	MQ2990	AGUJA	A DEMANDA	1	25 G X 25 MM		1 CAJA			-
17		CATETER MULTIPROPOSITO	A DEMANDA	10	COOK O BOSTON 8,5 F		UNIDAD			-
18	MQ2732	CATETER MULTIPROPOSITO	A DEMANDA	10	COOK O BOSTON 10 F		UNIDAD			-
19		CATETER MULTIPROPOSITO	A DEMANDA	10	COOK O BOSTON 12 F		UNIDAD			-
20	MQ3066	CATETER MULTIPROPOSITO	A DEMANDA	10	COOK O BOSTON 14 F		UNIDAD			-
21		EQUIPO NEUMOTORAX	A DEMANDA	10	COOK O BOSTON 6,3 F PEDIATRICO		UNIDAD			-

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
INVITACIÓN A COTIZAR 161-2020 S.NTE

ANEXO ECONOMICO - CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LA APERTURA DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN LA UHMES SIMÓN BOLIVAR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

NOMBRE DE LA EMPRESA:
NIT:

Item	CÓDIGOS SERVINTE	Nombre / Descripción	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica	Observaciones	Unidad de Medida	Valor Unitario	IVA (SI APLICA)	V/R Total Unitario
22		EQUIPO NEUMOTORAX	A DEMANDA	10	COOK O BOSTON 9 F ADULTO		UNIDAD			-
23		EQUIPO DE ACCESORIO DE ASPIRACION PARA NEUMOTORAX SIMPLE	A DEMANDA	5	COOK O BOSTON ADULTO		UNIDAD			-
24	MQ3205	EQUIPO DE DRENAJE PLEURA FUHRMANF	A DEMANDA	5	ADULTO		UNIDAD			-
25	MQ0327	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	A DEMANDA	50	N. 14	No se requiere de seguridad debido a que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje	CAJA			-
26	MQ0328	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	A DEMANDA	50	N. 16	Por que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje	CAJA			-
27	MQ0329	CATETER VENOSO YELCO SIN CATETER de seguridad.	A DEMANDA	50	N. 18	Por que se requiere tener control del yelco para realizar el drenaje	CAJA			-
28		PORTAOBJETOS MICROSCOPIO	A DEMANDA	50	(VIDRIOS)		CAJAS			-
ARTÍCULO REQUERIDO EN CALIDAD DE COMODATO										
1		PISTOLA PARA BIOPSIA	1	1	AUTOMATICA REUTILIZABLE	Debe ser compatible con agujas de corte	UNIDAD			-
							TOTAL			-

Valor Total de la propuesta 3 meses

Nombre:

Firma

Representante Legal