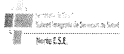
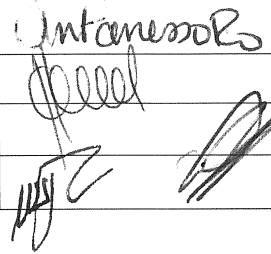


ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO: AP-07-F-01-05 VERSIÓN: 5					
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 12/08/2018					
Fecha de Solicitud D/M/A		Fecha de Recibido D/M/A					
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ					
Proceso:		DIRECCION ADMINISTRATIVA					
Correo Electrónico y teléfono		contratosmdtosymdqx@subrednorte.gov.co					
PAA(X) PROYECTO ()	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	DIRECCION ADMINISTRATIVA					
OBJETO A CONTRATAR							
ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. Es así como en Colombia dentro del texto de la constitución política señala en el "Artículo 49 La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad". Principio fundamental que busca cumplirse a través de la expedición de la Ley 100 de 1993 con el artículo 195 con la creación de las empresas sociales del Estado, como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, quienes a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad puedan dar cumplimiento a las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa. En virtud de lo anterior se realiza esta solicitud a fin de dar cumplimiento a las necesidades asistenciales para garantizar la vida y atención de los pacientes en cada una de las sedes que integran la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. En virtud de lo anterior se realiza la presente solicitud a fin de dar cumplimiento a las necesidades terapéuticas para garantizar la vida y atención de los pacientes atendidos en cada una de las sedes asistenciales de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo al contrato de comodato de equipos entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y EMERGENCIAS CLINICAS SAS							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Hemokit 1	1	KIT	A DEMANDA	Los hemokits deben cumplir con las siguientes características: • Filtro para Hemodiálisis de Alto Flujo en las referencias requeridas para la atención de los pacientes atendidos en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. • Línea Arteriovenosa • Fístula Arteriovenosa • Líquidos requeridos para la Terapia en cualquier presentación (Ácido y Bicarbonato).		
2	Hemokit 2	1	KIT	A DEMANDA	• Filtro para Hemodiálisis de Alto Flujo en las referencias requeridas para la atención de los pacientes atendidos en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. • Línea Arteriovenosa • Equipo de Macrogoteo • Líquidos requeridos para la Terapia en cualquier presentación (Ácido y Bicarbonato)		
3	Acido acético al 30 %	1	GARRAFA	A DEMANDA			
4	Hipoclorito de sodio al 5,25%	1	GALON	A DEMANDA			
5	Acido Peracético	1	GALON	A DEMANDA			
6	Kit dureza total (test kit de dureza 0,300 ppm	1	UNIDAD	A DEMANDA			
7	Kit cloro libre y total	1	UNIDAD	A DEMANDA			
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
LOS OFERENTES DEBERAN CONTAR CON CERTIFICACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS CCBPM O CONCEPTO TECNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS). *LOS OFERENTES DEBERAN DOCUMENTAR LA INSCRIPCION AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOMONITORIA. *REGISTRO INVIMA PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS O CERTIFICADO DE NO REQUIERE PARA AQUELLOS QUE NO ESTEN AMPARADOS POR EL REGIMEN DE REGISTRO							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS X	ECONÓMICOS X	OTROS	CUALES:				
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI	NO						
GARANTÍAS DEL CONTRATO							
Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares			
☐	☐	☐	☐	☐			
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Requesitos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos			
☐	☐	☐	☐	☐			

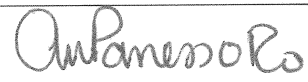
252
 202-201
 010

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CODIGO : AP-OT-P-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		VERSION : 5
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 2 DE 2
			FECHA : 12/09/2018

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA			
GENERALES 1. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, de conformidad a la oferta y condiciones exigidas en los estudios previos. 2. Actuar de buena fe y abstenerse de realizar cualquier cambio en las condiciones iniciales del contrato sin previo visto bueno del supervisor del mismo. 3. Mantener durante la 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 tiempos 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, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información. 9. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 10. Las demás que se necesiten para el desarrollo y cumplimiento del objeto contractual. ESPECÍFICAS: 1. Velar por mantener el buen nombre de la institución SUBRED NORTE E.S.E, obrando de manera honesta y responsable. 2. Notificar a la SUBRED NORTE E.S.E, cualquier inconveniente que impida la debida ejecución del contrato ya sea que provenga de causas externas o de su propia organización, con el fin de tomar los correctivos del caso para garantizar la óptima prestación del servicio. 3. EL CONTRATISTA deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse problemas de suministro y deberá disponer de un plan de contingencia 4. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad. 5. Hacer parte y participar activamente de los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución. 6. Presentar mensualmente con la cuenta de cobro o factura el informe de gestión del servicio. 7. Las demás obligaciones que sean necesarias para dar cumplimiento al objeto contractual.			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses) Dos meses			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA 1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho término. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.			
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	GLORIA ANDREA PANESO RODRIGUEZ	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS (e)	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 12/06/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	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									0			Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciamientos entre otros	4				4				3	ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	Respalda las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato		3					2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	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	4				5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emitan las 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	4						2		6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ
Correo Electrónico:	contratosmdtosymdax@subrednorte.gov.co
Cargo:	Profesional especializado- Direccion administrativa
Fecha Elaboración d/m/a	

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

Los suscritos, **YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.187.421** de Bogotá D.C., en su calidad de Gerente de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** con NIT: **900.971.006-4**, de conformidad con el Decreto de Nombramiento No. 159 del 5 de abril de 2017 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión de fecha 7 de abril de 2017, quien para efectos del presente Contrato de Comodato se denominará EL COMODATARIO, y por otra parte, **LUIS GABRIEL GOMEZ REINA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86048505** de Villavicencio, en su calidad de Representante Legal de **EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.**, debidamente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con NIT: No. **800.105.155-7**, quien para el presente contrato se denominará EL COMODANTE, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE COMODATO O APOYO TECNOLÓGICO de Maquinas de Hemodiálisis y equipos complementarios para Unidad Renal, previa las siguientes consideraciones: a) Mediante Acuerdo No. 641 del 6 de abril de 2016, expedido por el Consejo de Bogotá D.C., se efectúa la reorganización del sector Salud de Bogotá D.C., se modifica el Acuerdo No. 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. b). Que el Acuerdo No. 641 de 2016, fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar en la Empresa Social del Estado denominada Subred Integrada de servicios de Salud Norte E.S.E. c) Que cada una de las 4 Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestaran servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. d) Que el Acuerdo NO. 641 de 2016, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. f) Que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, como Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Distrital, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada mediante Acuerdo No. 641 de 2016, adscrita a la secretaría Distrital de Salud, encargada de garantizar la promoción, protección, exigibilidad del derecho de salud a partir del reconocimiento de las realidades territoriales y diversidades poblacionales de todas y todos los habitantes de Bogotá D.C., por lo cual está sometida al régimen de la ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en la ley 1122 de 2007, 1438 de 2011, Acuerdo 17 de 1997 del Consejo de Bogotá, al Estatuto de Contratación adoptado por el Acuerdo NO. 024 del 20 de Septiembre de 2017. El Artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, establece que las entidades que por disposición legal cuenten con un régimen contractual distinto al general de Contratación de la Administración Pública, aplicará, en desarrollo de su actividad contractual y acorde con su régimen legal especial, los principios de la función

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política respectivamente, según sea el caso y estarán sometidas al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos legalmente para la contratación estatal. La Ley 1474 de 2011” Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad de control de la gestión pública”, es aplicable a la actividad contractual de la E.S.E. g) Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en su condición de Empresa Social del Estado y en ejecución de su objeto social, debe adquirir bienes o servicios a través de contratos y para ello debe regirse por los Estatutos de la Empresa, en especial por el Acuerdo No. 024 del 20 de Septiembre del 2017, h) Considerando que en la actualidad no contamos con equipos con capacidad para responder con el programa de Hemodiálisis en concordancia con nuestra misión de ofrecer servicios integrales de salud con calidad, se hace imprescindible la contratación a través de COMODATO, y la posterior contratación de los insumos que para este fin se requieran, teniendo en cuenta las necesidades de la Subred y así brindar los tratamientos a nuestros usuarios con oportunidad y seguridad. i) Que 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 les competen, requieren **CONTRATAR MEDIANTE COMODATO DE MAQUINAS Y EQUIPOS PARA HEMODIALISIS, LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS**. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, las partes acuerdan suscribir el presente contrato de COMODATO, de conformidad con las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA OBJETO.- COMODATO DE EQUIPOS:** EL COMODANTE, entrega en calidad de comodato, gratuitamente y/o préstamo de uso a **LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**, como COMODATARIO, Las Maquinas para Hemodiálisis, Plantas de Tratamiento de Agua y Concentrados, Balanzas, tensiómetros y todo elemento relacionado en el anexo No. 1 del presente contrato los cuales se estipularon en la propuesta del COMODANTE, con las condiciones y características descritas en la misma, condiciones de uso y tiempo determinado en el presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La entrega de cada una de Las Maquinas para Hemodiálisis, Plantas de Tratamiento de Agua y Concentrados, Balanzas, tensiómetros y demás elementos relacionados en el Anexo No. 1, se hace a título de comodato o préstamo de uso y por consiguiente, no transfiere la propiedad sobre las mismas. Una vez realizada la entrega de los elementos descritos en la presente cláusula, **EL COMODANTE** no la hace con la intención de transferir el dominio y tampoco **LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** tendrá intención de adquirirlo. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Si durante la ejecución del contrato, con ocasión del desarrollo del presente contrato o a solicitud del COMODATARIO, el **COMODANTE** hace entrega de otros equipos o elementos, se deberá llevar acabo actas adicionales que harán parte integral del presente. **CLAUSULA SEGUNDA.- ENTREGA:** Las partes reconocen que los

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

equipos, serán entregados por EL COMODANTE, en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Unidad Simón Bolívar, en las condiciones indicadas en el presente contrato. Los Equipos permanecerán bajo custodia de EL COMODATARIO y en perfecto estado de funcionamiento. Lo anterior deberá constar en la respectiva acta de entrega, que formara parte integral del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA: ALCANCE DEL OBJETO:** Los bienes dados en comodato son de disposición exclusiva del COMODANTE, **EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.** y el COMODANTE declara que los equipos de este contrato de COMODATO, se encuentran libres de todo gravamen, embargo, pleitos pendientes, limitaciones de dominio y uso o condiciones resolutorias. Por lo anterior, el COMODANTE mantendrá indemne a la entidad de cualquier situación de tipo legal que ocasione en razón de las mencionadas circunstancias. La entrega de los bienes al COMODATARIO, se llevará a cabo una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, mediante documento donde conste el inventario, valor comercial de los bienes objeto del presente contrato y el estado real de los mismos. El documento en mención, hará parte integral del contrato de COMODATO. **CLAUSULA CUARTA.- INSTALACIÓN:** EL COMODANTE, entregará Las Máquinas para Hemodiálisis, Plantas de Tratamiento de Agua y Concentrados, Balanzas, tensiómetros y demás elementos relacionados en el Anexo No. 1. Al COMODATARIO, en el área destinada para dicho fin en la subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Unidad Simón Bolívar, de la ciudad de Bogotá D.C. **CLAUSULA QUINTA.- VALOR COMERCIAL DE LOS EQUIPOS- GRATUIDAD:** Para efectos del presente comodato, Las Maquinas para Hemodiálisis, Plantas de Tratamiento de Agua y Concentrados, Balanzas, tensiómetros y demás elementos relacionados en el Anexo No. 1., entregados en calidad de COMODATO al COMODATARIO, tienen un valor comercial de **DOS MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE (\$ 2.169.220.000)** IVA incluido respectivamente, acorde a la cuantificación por valor de los elementos relacionados en el Anexo No. 1 del presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL COMODATARIO, declara, haber recibido los elementos objeto del contrato de COMODATO en perfecto estado de funcionamiento y condiciones técnicas y en la fecha descrita en el presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** EL COMODATARIO, asegurará los bienes relacionados en el anexo No. 1 del presente contrato, los equipos estarán protegidos con la póliza general "Póliza de todo riesgo, póliza de responsabilidad civil extra contractual, daños materiales" suscrita entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y la previsoría compañía de seguros. Para tal efecto la Subred debe solicitar su inclusión ante la aseguradora **CLAUSULA SEXTA.- INSUMOS:** LA **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**, se compromete con el COMODANTE a usar los equipos dados en comodato exclusivamente con insumos y/o productos adquiridos a través de un contrato de suministro con el comodante durante el termino de vigencia del presente contrato.

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

DESCRIPCION IVA INCLUIDO	PRECIO UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
HEMOKIT	\$95.000	EXENTO	\$95.000

El HEMOKIT (Anexo 2), está compuesto de los siguientes elementos:

- Filtro para Hemodiálisis de ALTO FLUJO (1) unidad de acuerdo a requerimiento. Las referencias del mismo pueden ser: 120/130/150/170/180/190/200/210.
- Línea Arteriovenosa (1) unidad. Las referencias son G15/16/17.
- Fistula Arteriovenosa (2) unidades.
- Sesión de ácido y bicarbonato (1) sesión por paciente.

Las cantidades mensuales para el suministro de insumos para los pacientes en Hemodiálisis, se realizarán en HEMOKITS, los cuales se solicitarán al COMODANTE, teniendo en cuenta las necesidades del COMODATARIO. El valor del HEMOKIT se incrementará conforme a los precios de mercado. **CLAUSULA SEPTIMA-PROPIEDAD DE LOS EQUIPOS:** EL COMODATARIO, reconoce expresamente que los equipos objeto del presente contrato, son de propiedad única y exclusiva de EL COMODANTE y se compromete a no perseguir la titularidad del mismo, judicial o extrajudicialmente. **CLAUSULA OCTAVA.- ADECUACIONES EN EL ÁREA DE LA UNIDAD RENAL:** El COMODANTE se obliga con la elaboración del presente contrato de comodato, a realizar todas las adecuaciones necesarias del área que entregará el COMODATARIO en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, Unidad Simón Bolívar, al COMODANTE. Lo anterior, con el fin de instalar las Maquinas para Hemodiálisis, Plantas de Tratamiento de Agua y Concentrados, Balanzas, tensiómetros y demás elementos relacionados en el Anexo No. 1. Que son necesarias para el desarrollo de la unidad renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, Unidad Simón Bolívar, las adecuaciones a desarrollar por el COMODANTE en el área designada por el COMODATARIO son: 1. Construcción y adecuación específica del área para la planta de tratamiento de agua y de concentrados. 2. Refacción, resanes, aplicación de estuco y pintura de todas las superficies requeridas, paredes, pisos y cielo rasos, conforme a la norma, para su debida habilitación. 3. Construcción de muros divisorios requeridos en super board, que brinden ambientes de confort para los pacientes durante las terapias. 4. Refacción de los consultorios, baños y cuarto de procedimientos. 5. Elaboración e instalación de anillos en PVC, conductores de soluciones de ácido y bicarbonato, alrededor de toda la unidad renal del Hospital. 6. Instalación de un (1) tablero de distribución eléctrica trifásica y conexiones internas para los filtros de la planta de osmosis y de concentrados. 7. Instalación de un tablero totalizador con cada circuito

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

independiente para cada una de las máquinas de hemodiálisis, regulada a 110 voltios. 8. Instalación de 7 puntos de voz y red de datos para las salas y área de enfermería. Instalación de 5 puntos eléctricos para televisores de la sala. 9. Reubicación de los puntos de iluminación de la sala y la planta de tratamiento. 10. Conexiones hidráulicas para las plantas de concentrado y de tratamiento con sus respectivos sistemas para suministro de agua y drenaje.

CLAUSULA NOVENA-RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS EQUIPOS: EL COMODATARIO, se compromete a emplear el mayor cuidado en la conservación de los Equipos y por lo tanto se responsabiliza de los daños que sufran estos, a excepción del deterioro natural por uso, caso en cual, el COMODANTE asumirá los costos, de acuerdo a lo normado en los Artículos 2202, 2203, 2204 del C.C.

PARAGRAFO PRIMERO: EL COMODATARIO será responsable de los daños que sufran los elementos relacionados en anexo 1, por descuido, mal uso, negligencia o dolo del personal de COMODATARIO. Así mismo, será responsable de la pérdida o robo de los mismos bajo cualquier circunstancia. **PARAGRAFO SEGUNDO:** En caso de destrucción total o pérdida de los elementos relacionados en anexo 1 por parte del COMODATARIO, este deberá pagar al COMODANTE, el valor comercial de las mismas, según se indique en el acta de Entrega de elementos dados en comodato y relacionados en anexo 1.

CLAUSULA DECIMA- MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS: EL COMODANTE, se compromete a dar mantenimiento periódico preventivo, avalado por el área de mantenimiento del COMODATARIO. EL COMODANTE se reserva el derecho de inspeccionar el estado y condiciones de los equipos cualquier día y hora hábil, de estas visitas se dejará constancia, y se harán las respectivas recomendaciones sobre el uso y manejo del mismo, y las exigencias pertinentes para su protección, cuidado y buen funcionamiento. Cuando haya lugar a reparaciones por mal manejo de los Equipos, EL COMODATARIO, asumirá los gastos de los repuestos y así mismo asumirá los costos de los elementos que se pierdan por mal manejo de los Equipos o de la técnica. Los repuestos serán facturados al precio vigente.

CLAUSULA DECIMA- PRIMERA.- OBLIGACIONES DEL COMODATARIO: Como contraprestación y reciprocidad para con EL COMODANTE, EL COMODATARIO, se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones: 1.- Comprar el total de los insumos- HEMOKITS, mediante un contrato de suministros conforme a las necesidades del COMODATARIO, con base a la oferta presentada, la cual hace parte integral del presente contrato, en los precios establecidos en la misma y en las condiciones pactadas y mientras esté vigente el presente contrato. 2.- Emplear los elementos relacionados en el anexo No. 1, dando cumplimiento a las instrucciones dadas para ello por EL COMODANTE y de forma exclusiva para el uso convenido, de conformidad a su naturaleza, empleando el mayor cuidado de conservación. 3.- Solicitar en forma previa y por escrito a EL COMODANTE, su aprobación para efectuar cambios en la ubicación de los elementos relacionados en el anexo No. 1, cuando los mismos impliquen la movilización de la sede del COMODATARIO. 4.- Mantener los elementos relacionados en el anexo No. 1, en el

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

mismo estado de funcionamiento en que los reciba, salvo el deterioro natural causado por el uso. 5.- Restituir a EL COMODANTE, los elementos relacionados en el anexo No. 1, recibidos en calidad de Comodato, a más tardar a los quince (15) días de vencimiento del término del presente contrato de comodato, a excepción de que medie prorroga del mismo o la firma de uno nuevo. **CLAUSULA DECIMA-SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL COMODANTE:** EL COMODANTE, se obliga con el COMODATARIO a: 1. Suministrar en calidad de comodato y préstamo gratuito los elementos relacionados en el anexo No. 1, del presente contrato. 2. EL COMODANTE se obliga a suministrar a EL COMODATARIO los insumos relacionados en Anexo No. 2, PROPUESTA ECONÓMICA, teniendo en cuenta las necesidades de consumo del COMODATARIO, en las cantidades y precios pactados en el presente contrato de comodato. 3. Instalar y garantizar el correcto funcionamiento de los elementos relacionados en el anexo No. 1, objeto del presente contrato de comodato. 5. Reponer los equipos por mal funcionamiento o por requerimiento del COMODATARIO, para efectos de mayor eficiencia en la prestación del servicio. 6. Garantizar de forma gratuita los mantenimientos preventivos de todos los elementos relacionados en el anexo No. 1, incluyendo los repuestos necesarios por malfuncionamiento o deterioro natural de los mismos, garantizando asesoría técnica telefónica y presencial cuando sea requerida. 7. EL COMODANTE se obliga con el COMODATARIO a garantizar la disponibilidad de los equipos en caso de falla o suspensión de operación, para lo cual, suministrara EQUIPOS DE APOYO y garantizará el mantenimiento correctivo, preventivo y los repuestos respectivos. **CLAUSULA DECIMO TERCERA- DURACIÓN:** La vigencia del presente contrato de comodato será de Cuatro (4) años, contado a partir de la suscripción del mismo. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En razón a que los Equipos objeto de este convenio, se entregan a título de préstamo, EL COMODANTE, se reserva la facultad de exigir la restitución de los Equipos en cualquier tiempo en los siguientes eventos: 1-. Disolución, Liquidación, reestructuración o trámite equivalente de alguna de las partes. 2-. Destinación de los Equipos para uso diferente al establecido. 3- Por determinación unilateral de EL COMODANTE cuando establezca que el COMODATARIO, no le ha dado a los Equipos el debido cuidado para su conservación y/o que los Equipos hayan sufrido daños ocasionados por acciones dolosas o culposas. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- SUPERVISIÓN.** El control y la supervisión sobre la ejecución de este contrato serán ejercidos a través de la Subgerencia de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLAUSULA DECIMO SEXTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, no hallarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades de que trata los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA DECIMO SEPTIMA.- CESIÓN:** El presente convenio no podrá ser cedido por ninguna de las partes, salvo previa autorización de las mismas en tal sentido. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA.- RESPONSABILIDAD:** EL COMODATARIO,

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

responderá por la culpa levisima, en los términos del Artículo 2203 del Código Civil y por ello será responsable de todo deterioro que no provenga de la naturaleza o del uso legítimo de la cosa, si la cosa dejare de servir para uso ordinario, podrá EL COMODANTE exigir el precio de la misma, mencionado en la cláusula CUARTA del presente contrato.

CLAUSULA DECIMA NOVENA: NOTIFICACIONES. Todas las comunicaciones y notificaciones que deban intercambiarse o hacerse las partes con ocasión de esté contrato deberán realizarse por escrito y ser entregados ya sea (i) personalmente, (ii) por correo certificado (iii) por fax o correo electrónico. Para estos efectos, los domicilios, números de fax y correos electrónicos de las partes son los siguientes: **EL COMODANTE: Carrera 103 B No. 23 G – 45- emerclinicassas@gmail.com. EL COMODATARIO: Calle 66 No. 15-41 – Dirección de contratación Dircontratacion@subrednorte.gov.co**

Los avisos y notificaciones entre las partes se considerarán efectivamente recibidos por su destinatario, (i) si se entregan personalmente con acuse de recibo, al momento de dicha entrega, (ii) si se envían por correo certificado el tercer día hábil siguiente a su envío y (iii) si se transmiten por fax o correo electrónico, en la misma fecha en que sean enviados, siempre y cuando el remitente cuente con un comprobante de que la transmisión se efectuó correctamente o cuente con la confirmación de lectura del correo electrónico correspondiente. **CLÁUSULA VIGESIMA: TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.**

En virtud del presente acuerdo, y cumpliendo con las normas contenidas en el artículo 15 de la Constitución Política de la República de Colombia, la ley 1581 de 2012, el decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás disposiciones que regulan la materia, las partes no tratarán ni transferirán a ningún título, ni por ningún medio, bases de datos que contengan datos de carácter personal, ni ningún tipo de información que pueda contener este tipo de datos, salvo que exista autorización expresa por parte del titular. En caso que alguna de las partes llegue a recibir información de cualquier tipo que contenga datos personales como consecuencia de la ejecución del presente contrato, ésta será la única responsable y/o encargada del tratamiento de la misma, debiendo mantener indemne a la otra parte y/o a terceros, de cualquier tratamiento indebido que genere perjuicios a los titulares de los datos. **CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** 1-. Anexo No.1. 2-. Anexo No. 2. 3- Certificado de Existencia y Representación Legal del Comodante. 4-. Propuesta Técnica y Económica del Comodante. En constancia, se firma en dos ejemplares del mismo tenor en la ciudad de Bogotá D.C., el primer (23) día del mes de Enero de dos mil diecisiete (2018).

**CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.**

EL COMODATARIO

YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRIGUEZ
Gerente
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DESALUD NORTE E.S.E**

EL COMODANTE

LUIS GABRIEL GÓMEZ REINA
Representante Legal
CC. 86.048.505

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Kelly Johanna Angel	Dir. Contratación	
Proyectado por :	Kelly Johanna Angel	Dir. Contratación	
Revisado por :	Álvaro Galvis	Director de Contratación	
Aprobado por :	Álvaro Galvis	Director de Contratación	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA : 1 DE 1
	PRESUPUESTO	FECHA :08/06/2017

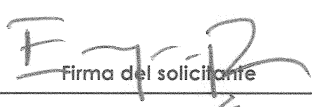
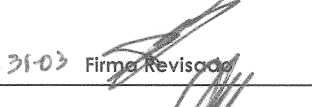
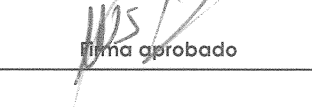
Fecha de la solicitud:

7	2	2020
DÍA		AÑO

379.

DATOS DEL SOLICITANTE

Área ó centro solicitante:	OFICINA DE COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	ADQUISICIÓN DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QU E INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Rubro presupuestal:	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
Código del Rubro:	321020102
Valor Solicitado (En letras y números):	TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE. (\$300.000.000)

FIRMAS	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	 Firma del solicitante
	Nombre del responsable de área o centro que solicita	
	DIANA CAROLINA CAMELO SÁNCHEZ <i>Javier</i>	 Firma Revisado
	Nombre del Director que revisa- Director Financiero	
	ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	 Vo. Bo
	Nombre Subgerente Corporativo (E)	
	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	 Firma aprobado
	Nombre del Gerente	

Recibido en Presupuesto _____

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 7 De 2020

CDP. No. 379

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 : 1,542,013,560.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 7,006,232,124.00

SALDO DE APROPIACION : 8,548,245,684.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:ADQUISICION DE HEMOKITS PARA TERAPIA RENAL SUSTITU
TIVA DE PACIENTES DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 300,000,000.00 ✓

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

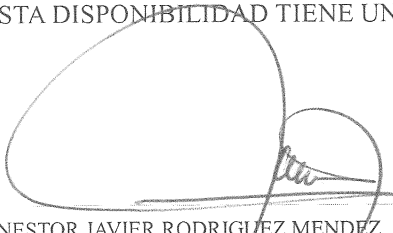
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 300,000,000.00

TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,542,013,560.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 6,706,232,124.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (329) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020
CONTRATACIÓN DIRECTA - EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

OBJETO A CONTRATAR	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
--------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Observaciones
1	Hemokit 1	KIT	A Demanda	Los hemokits deben cumplir con las siguientes características: *Filtro para Hemodiálisis de Alto Flujo en las referencias requeridas para la atención de los pacientes atendidos en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. *Línea Arteriovenosa *Fistula Arteriovenosa *Líquidos requeridos para la Terapia en cualquier presentación (Ácido y Bicarbonato).
2	Hemokit 2	KIT	A Demanda	• Filtro para Hemodiálisis de Alto Flujo en las referencias requeridas para la atención de los pacientes atendidos en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. • Línea Arteriovenosa • Equipo de Macrogoteo • Líquidos requeridos para la Terapia en cualquier presentación (Ácido y Bicarbonato)
3	Acido acético al 30 %	GARRAFA	A Demanda	
4	Hipoclorito de sodio al 5,25%	GALON	A Demanda	
5	Acido Peracético	GALON	A Demanda	
6	Kit dureza total (test kit de dureza 0,300 ppm 100 test)	UNIDAD	A Demanda	
7	Kit cloro libre y total	UNIDAD	A Demanda	

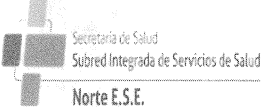
ENTREGA DE DOCUMENTOS	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES AL ENVÍO DE LA INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA POR CORREO ELECTRONICO: COMPRASREDNORTE7@GMAIL.COM
-----------------------	--

ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS JURÍDICOS:

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).
2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).
3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (30) DÍAS).
4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -
5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -
6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL.
7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020
CONTRATACIÓN DIRECTA - EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

OBJETO A CONTRATAR	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Documentos soportes que debe anexar el proponente	9. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No.3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.). 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA. 14. PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRENTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. A FAVOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NIT. 900.971.006-4. 15. RUP. (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES). ACTUALIZADO VIGENCIA 2018. CON INFORMACIÓN DE CIERRE CONTABLE DEL AÑO 2018. FINANCIEROS: 1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2018. 2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR PÚBLICO Y /O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADO. NOTA: LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEBE SER CONSECUENTE CON LA ESTIPULADA EN EL RUP ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN - 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 OFERENTE DEBERÁ CONTAR CON CERTIFICACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS CCBPM Ó CONCEPTO TECNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS). 2. EL OFERENTE DEBERÁ DOCUMENTAR LA INSCRIPCION AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA. *REGISTRO INVIMA PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS O CERTIFICADO DE NO REQUIERE PARA AQUELLOS QUE NO ESTEN AMPARADOS POR EL REGIMEN DE REGISTRO. ECONOMICOS 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (MODELO ANEXO No 5 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E) 2. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.. 3. LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.

	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020
CONTRATACIÓN DIRECTA - EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

OBJETO A CONTRATAR	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE. PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) FACTORES EVALUADOS. A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$ B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}}$ C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$
Sarlaft	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Económicos	1. EL OFERENTE DEBERÁ DISCRIMINAR EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS. 2. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
Valor	TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$300.000.000)	No.	379
Rubro Presupuestal	MATERIAL MEDICO-QUIRÚRGICO	Fecha del CDP	7/02/2020

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO			
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUES DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	Plazo de ejecución	DOS (2) MESES

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS	
Sitio de entrega	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Garantías de exigibilidad	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.
	DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, 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.

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020
CONTRATACIÓN DIRECTA - EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

OBJETO A CONTRATAR	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
	DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.
Obligaciones del Contratista	GENERALES: 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 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 S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL ESPECÍFICAS 1. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN SUBRED NORTE E.S.E, OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE. 2. NOTIFICAR A LA SUBRED NORTE E.S.E, CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 3. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE PROBLEMAS DE SUMINISTRO Y DEBERÁ DISPONER DE UN PLAN DE CONTINGENCIA 4. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE CALIDAD EN CONCORDANCIA CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. 5. HACER PARTE Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE DE LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN.

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020

CONTRATACIÓN DIRECTA - EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.

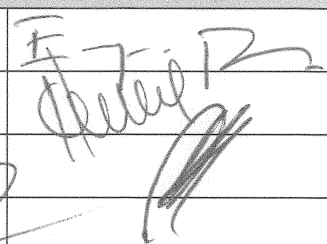
OBJETO A CONTRATAR	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
	6. PRESENTAR MENSUALMENTE CON LA CUENTA DE COBRO O FACTURA EL INFORME DE GESTIÓN DEL SERVICIO
	7. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN NECESARIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETO CONTRACTUAL.

ACLARACIONES

En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR TODAS LAS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE CORREO ELECTRONICO: comprasrednorte@gmail.com
-------------------------	--

ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 1 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA ANEXO 2 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 3 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES ANEXO 4 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA ANEXO 5 PROPUESTA ECONÓMICA
--------	---

APROBACIÓN

Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
Nombre y Firma Dirección de Contratación:	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	ALVARO DE JESÚS GALVIS	
Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras

Bogotá D.C

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

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

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponden a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito comprometo a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incursos en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO 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

Ciudad y Fecha _____

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

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

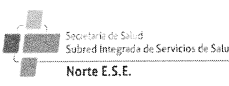
Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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	
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		PÁGINA: 1 DE 3		FECHA: 06/05/2019
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 ECONOMICA)				
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐				
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI ☐ NO ☐	RENTA/CEE	SI ☐ NO ☐	IVA
				SI ☐ NO ☐
				ICA
				SI ☐ NO ☐
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 MAS 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 (ULTIMO PERIODO DECLARADO)				
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES		
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES		
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO		
INGRESOS 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
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 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	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 último 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 lo 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.

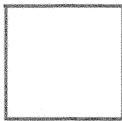
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras 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.

 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 VERSIÓN: 2										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	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 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%;">Ciudad y fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			Ciudad y fecha		Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la Entrevista:		4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
Ciudad y fecha												
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.

ANEXO No 05 PROPUESTA ECONÓMICA EMERGENCIAS CLINICAS SAS - COMODATO

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total Unitario
1	Hemokit 1	A Demanda	KIT		-	-
2	Hemokit 2	A Demanda	KIT		-	-
3	Acido acético al 30 %	A Demanda	GARRAFA		-	-
4	Hipoclorito de sodio al 5,25%	A Demanda	GALON		-	-
5	Acido Peracético	A Demanda	GALON		-	-
6	Kit dureza total (test kit de dureza 0,300 ppm 100 test	A Demanda	UNIDAD		-	-
7	Kit cloro libre y total	A Demanda	UNIDAD		-	-
		TOTAL VALOR UNITARIO				-

NOTA: EL VALOR DE LA PROPUESTA NO PODRA SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO

NOTA: TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL ANEXO Y EN LA PREGUNTA DE LISTA DE PRECIOS DEL SECOP II DEBE COINCIDIR.

Nombre:

Firma

Representante Legal



DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS <comprasrednorte@gmail.com>

INVITACIÓN A COTIZAR No 021-2020 EMERGENCIAS CLINICAS

1 mensaje

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS <comprasrednorte@gmail.com>

12 de febrero de 2020, 9:06

Para: EMERGENCIAS CLINICAS SAS <emerclinicassas@gmail.com>

Cc: Gloria Andrea Panesso Rodriguez <andreapanesso@gmail.com>, SUBRED NORTE ESE

<supervisioncontratosrednorte1@gmail.com>, "Contratacion Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte, E.S.E. (Alvaro Galvis)" <dircontratacion@subrednorte.gov.co>

Buen día

Señores
EMERGENCIAS CLINICAS

Mediante el presente se envía Invitación a cotizar directa, en la cual deben adjuntar toda la información requerida por carpetas así:

1. Documentos Jurídicos
2. Documentos Financieros
3. Documentos SARLAFT
4. Documentos Técnicos
5. Documentos Económicos

Adicionalmente estos documentos deben hacerlos llegar en el tiempo establecido según el cronograma la invitación

Cabe informar que para este proceso la entidad cuenta con un presupuesto inicial de \$300.000.000

Cualquier inquietud estaríamos atentos

Cordialmente,

Enrique Páez Falla

Dirección de Contratación - Compras

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

Calle 66 No. 15-41, Piso 3

TEL: 443-17-90 EXT 1024

**4 archivos adjuntos** **ANEXOS 1, 2 Y 3.docx**
20K **ANEXO No 4 AP-GF-F-23-02 FORMULARIO SARLAFT.xls**
107K **INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA EMERGENCIAS.pdf**
4582K

19



DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS <comprasrednorte@gmail.com>

INVITACIÓN A COTIZAR No 021-2020 EMERGENCIAS CLINICAS

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS <comprasrednorte@gmail.com>

12 de febrero de 2020, 17:39

Para: KaTe Dávila <kathew16@hotmail.com>, contabilidad16@subrednorte.gov.co, "Contabilidad Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte E.S.E. (Gilberto Rodriguez)" <contabilidad@subrednorte.gov.co>, sarlaft@subrednorte.gov.co, Gloria Andrea Panesso Rodriguez <andreapanesso@gmail.com>, SUBRED NORTE ESE <supervisioncontratosrednorte1@gmail.com>

Cc: "Contratacion Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte, E.S.E. (Alvaro Galvis)" <dircontratacion@subrednorte.gov.co>

Buenas tardes

Respetados
Doctores (as)

Mediante el presente envío la propuesta del oferente emergencias clínicas para su respectiva evaluación
Proceso INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No.021-2020

Objeto: ADQUISICIÓN DE HEMOKITS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
E.S.E

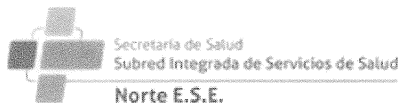
Cordialmente,

**Enrique Páez Falla**

Dirección de Contratación - Compras

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

Calle 66 No. 15-41, Piso 3
TEL: 443-17-90 EXT 1024



[El texto citado está oculto]

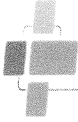
4 archivos adjuntos

ANEXO 5 ECONOMICO EMERCLINCIAS .xlsx
13K

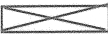
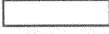
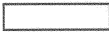
OFERTA ECONOMICA NORTE.pdf
367K

DOCUMENTOS FINANCIEROS.pdf
14130K

SARLAFT.pdf
2804K

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	DESIGNACIÓN EVALUADOR	CÓDIGO: AP-CT-F-44-01
		VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

PROCESO DE SELECCIÓN SEGÚN MANUAL DE CONTRATACION:

CONTRATACION DIRECTA - INVITACIÓN A COTIZAR 	CONVOCATORIA PÚBLICA PLIEGO DE CONDICIONES CON AUTORIZACIÓN DE JUNTA DIRECTIVA 	CONVOCATORIA PÚBLICA PLIEGO DE CONDICIONES SIN AUTORIZACIÓN DE JUNTA DIRECTIVA 
ORDEN DE COMPRA 	CASOS ESPECIALES CONTRATACIÓN DIRECTA 	OTROS 

OBJETO A CONTRATAR:

ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Yuli Katherine Dávila Marín
Profesional Universitario Dirección de Contratación
Carlos Eduardo Sánchez Bermúdez
Profesional Especializado – Contabilidad
Astrid Teresa Russi Guarín
Evaluador SARLAFT
Gloria Andrea Panesso Rodríguez
Profesional Especializados – Dirección Administrativa
Enrique Páez Falla
Profesional Especializado – Dirección de Contratación - Compras

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE
Ciudad.

Referencia: Designación Evaluaciones

Respetados Dr. (a)

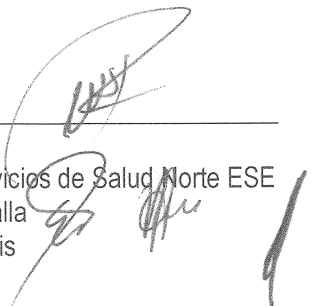
Por medio del presente informo a ustedes que ha sido delegados (as) como evaluadores (as) de la propuesta relacionas a continuación:

ITEM	PROPONENTE
1	EMERGENCIAS CLINICAS SAS

Cualquier aclaración y/o solicitud de documentos al proponente debe ser informado a la Dirección de Contratación antes del vencimiento del término de un (1) día, dado para entregar la respectiva evaluación.

Cordialmente,

Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE
Elaboro: Enrique Páez Falla
Aprobó: Hemilet Cala Celis



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CONSOLIDADO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03
			VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 3
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No. INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA 021-2020

Modalidad (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos

Objeto a contratar ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EMERGENCIAS CLINCIAS SAS		
			No. NIT: 800.105.155-7	No. NIT:	No. NIT:
1. HABILITANTES JURÍDICOS	DOCUMENTOS JURIDICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	 Observación:	 Observación:
2. FINANCIERA	DOCUMENTOS FINANCIEROS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	 Observación:	 Observación:
3. SARLAFT	DOCUMENTOS SARLAFT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	 Observación:	 Observación:
4. TÉCNICOS	DOCUMENTOS DE CARÁCTER TÉCNICO	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	 Observación:	 Observación:
5. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	\$ 1.403.509		

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma de quien consolida la información
Evaluador criterio Jurídico:

Luis Enrique Páez Falla
Profesional Especializado
Dirección de Contratación - Compras

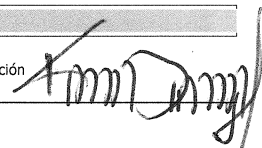
[Firma manuscrita]

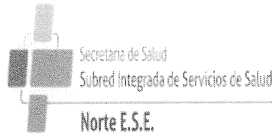
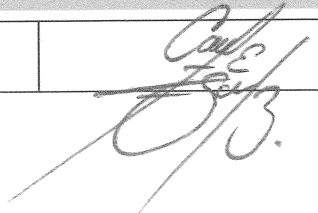
INFORMACIÓN DEL PROCESO				
Proceso No.	CONTRATACIÓN DIRECTA 021-2020			
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☐ Invitación a Cotizar B. ☒ Evento Especial C. ☐ Otros mecanismos			
Objeto a contratar	ADQUISICIÓN DE HEMOKITS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN				
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN	
			Proponente 1	Proponente 2
			EMERGENCIAS CLINICAS-EMERCLINICAS S.A.S.	N/A
			NIT: 800105155-7	N/A
FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		(NA)		
1. HABILITANTES JURÍDICOS	1) a) Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred) b) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	3. certificado de existencia y representación legal / matrícula mercantil (expedición no mayor a treinta (30) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	4. Registro único de proponentes (expedición no mayor a noventa (90) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	5. fotocopia del registro único tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	7. fotocopia documento de identidad del representante legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN	
			Proponente 1	Proponente 2
			EMERGENCIAS CLINICAS- EMERCLINICAS S.A.S.	N/A
			NIT: 800105155-7	N/A
1. HABILITANTES JURÍDICOS	8. certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	12. Certificado de medidas correctivas RNMC	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	13. certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	14. póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional de Apoyo Administrativo/ Dirección de Contratación



	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION : 3		
			PAGINA : 1 DE 1		
				FECHA : 11/10/2017	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
Proceso No.		INVITACION A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020 S.NTE			
Modalidad		(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos			
Objeto a contratar		ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S.		
			No. NIT: 800105155-7	No. NIT:	No. NIT:
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación:
	Indice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: 1,99	N.A. Observación: Resultado:	N.A. Observación: Resultado:
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. Cumple Observación: Resultado: 0,51	N.A. Observación: Resultado:	N.A. Observación: Resultado:
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del valor ofertado siempre y cuando supere el 10% del valor ofertado	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: \$1.761.977.106	N.A. Observación: Resultado: \$	N.A. Observación: Resultado: \$
OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2018 anexos a la propuesta.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:		CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD SUBRED NORTE		



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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT
INVITACION A COTIZAR DIRECTA No. 021-2020

INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR DIRECTA
No. 021-2020

OBJETO: CONTRATAR LA COMPRA DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE.

VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT

DOCUMENTACION REQUERIDA	1.EMERGENCIAS CLINICAS SAS NIT. 800.105.155-7		
	REPRESENTANTE LEGAL: LUIS GABRIEL GOMEZ REINA CC#86'048.505		
	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE
Camara y Comercio	X	X	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía	X	X	
Fotocopia del RUT	X	X	
Manifestacion inhabilidades e incompatibilidades	X	X	
Pago de Parafiscales	X	X	
Responsables Fiscales - Contraloría General de la República	X	X	
Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación	X	X	
Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá	X	X	
Certificado antecedentes Penales- Policia Nacional de Colombia	X	X	
Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción	X	X	
Formato Conocimiento del Cliente o contraparte empresa	X	X	
Información financiera	X	X	
Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	X	X	

INFORME EVALUACION SARLAFT

La propuesta presentada por el oferente CUMPLE, con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT.

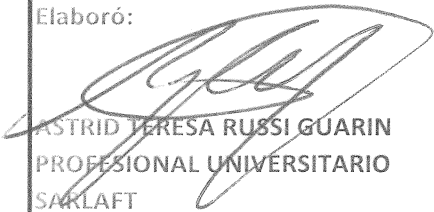
1.EMERGENCIAS CLINICAS SAS NIT. 800.105.155-7;

*Se llevo a cabo la verificación de los soportes y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte.

*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012

Fecha Evaluación: 13/02/2020

Elaboró:


ASTRID TERESA RUSSI GUARIN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
SARLAFT

Calle. 66 No.15 - 41
Tel.: 4431790
www.subrednorte.gov.co
Info: Línea 195

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		
BOGOTÁ DC / COLOMBIA FEBRERO 12 DE 2020		
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	EMERGENCIAS CLÍNICAS S.A.S	
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	GÓMEZ	REINA
	NOMBRES	
	LUIS GABRIEL	
CEDULA DE EXTRANJERIA	☐	CEDULA DE CIUDADANIA
	☒	NUMERO:
		80048505
	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
	VILLAVICENCIO 07/02/1994	
FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO
	VILLAVICENCIO	META
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	NACIONALIDAD (1)
CARRERA 103 B N° 23 G 45	COLOMBIA	BOGOTÁ DC
	BOGOTÁ DC	CIUDAD
		TELEFONO/FAX
		3003986
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:
emerclinicassas@gmail.com		www.emerclinicassas.com
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS
		TELEFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)		
PUBLICA	☐	MIXTA
PRIVADA	☒	SERVICIOS
INDUSTRIAL	☐	FARMACÉUTICA
COMERCIAL	☒	CUAL:
SERVICIOS DE SALUD	☐	SERVICIOS FINANCIEROS
TRANSPORTES	☐	OTRA
CUAL:		
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI	NO
	☒	☐
RENTA/CREE	SI	NO
	☒	☐
IVA	SI	NO
	☒	☐
ICA	SI	NO
	☒	☐
CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA	4545	
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 ALGUN 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
MAITE SANCHEZ (REPRESENTADA POR GABRIELA SANCHEZ)	97	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
LUIS GABRIEL GÓMEZ R.	3	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	609100832	ACTIVOS TOTALES
		5903162154
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	7471377	PASIVOS TOTALES
		3037525260
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	546171680	PATRIMONIO
		2865636884
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		5190107
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	OTRAS VENTAS, FINANCIEROS, SERVICIOS, RECUPERACIONES, DIVERSOS	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIEROS GASTOS EXTRAORDINARIOS GASTOS DIVERSOS	
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 en el artículo 1 de 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 VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	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) COMPRA VENTA, DISTRIBUCION Y ESTERILIZACION DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS

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.

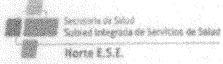
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
 *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente 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 Prestadoras 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, 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
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	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.

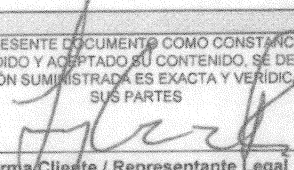
7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarilaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

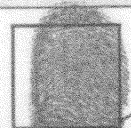
9. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente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

9. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ciudad y fecha	Bogotá, 13/02/2020
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Asim Páez Proc UMH
3. Lugar de la Entrevista:	QAR SARLAFT
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

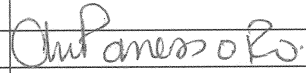
	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03
			VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 3
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	021-2020		
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☐ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☒ Otros mecanismos CONTRATACION DIRECTA		
Objeto a contratar	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S - EMERCLINICAS S.A.S		
			800105155-7		
3. TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR CERTIFICACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS CCBPM O CONCEPTO TÉCNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:		
	2. EL OFERENTE DEBERA DOCUMENTAR LA INSCRIPCION AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOSIGILANCIA.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:		
	3. REGISTRO INVIMA PARA LOS PRODUCTOS OFERTADOS O CERTIFICADO DE NO REQUIERE PARA AQUELLOS QUE NO ESTEN AMPARADOS POR EL REGIMEN DE REGISTRO.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:		

EVALUADORES			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ	QUIMICA FARMACEUTICA- PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:			

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03
			VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 3
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA 021-2020
--------------------	---------------------------------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
------------------	--	---	---	--	--

Objeto a contratar	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN		EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EMERGENCIAS CLINCIAS SAS		
			No. NIT: 800.105.155-7	No. NIT:	No. NIT:
4. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	\$ 1.403.509		
		Puntaje Asignado	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma de quien consolida la información Evaluador criterio Jurídico:	Luis Enrique Páez Falla Profesional Especializado Dirección de Contratación - Compras
---	--



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

ANEXO No 05 PROPUESTA ECONÓMICA EMERGENCIAS CLINICAS SAS - COMODATO

NOMBRE DE LA EMPRESA:
NIT:

EMERGENCIAS CLINICAS S.A.S - EMERCLINICAS S.A.S
800,105,155-7

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total Unitario
1	Hemokit 1	A Demanda	KIT	95.000	-	95.000
2	Hemokit 2	A Demanda	KIT	95.000	-	95.000
3	Acido acético al 30 %	A Demanda	GARRAFA	98.000	18.620	116.620
4	Hipoclorito de sodio al 5,25%	A Demanda	GALON	44.285	8.414	52.699
5	Acido Peracético	A Demanda	GALON	210.000	-	210.000
6	Kit dureza total (test kit de dureza 0,300 ppm 100 test)	A Demanda	UNIDAD	521.000	98.990	619.990
7	Kit cloro libre y total	A Demanda	UNIDAD	180.000	34.200	214.200
TOTAL VALOR UNITARIO						1.403.509

NOTA: EL VALOR DE LA PROPUESTA NO PODRA SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO

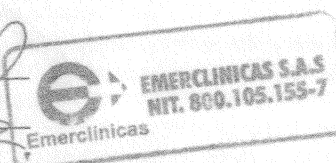
NOTA: TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN EL ANEXO Y EN LA PREGUNTA DE LISTA DE PRECIOS DEL SECOP II DEBE COINCIDIR.

Nombre:

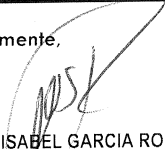
LUIS GABRIEL GÓMEZ R.

Firma

Representante Legal

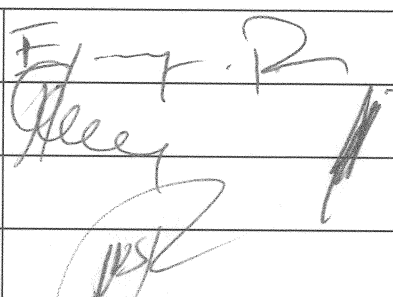


	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 30/10/2018
FECHA DEL COMUNICADO		14 de febrero 2020	
TIPO No. DE PROCESO		INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 021-2020	
Luis Gabriel Gomez R Representante Legal EMERGENCIAS CLINICAS SAS Carrera 103 B No 23 G 45 4-15-30-37 / 3-00-39-86 emerclinicassas@gmail.com			
ACEPTACIÓN DE LA OFERTA			
En concordancia con lo establecido en el Manual de Contratación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, y teniendo en cuenta para ello las especificaciones contenidas en los estudios previos, y en la oferta presentada por usted dentro del proceso referenciado, se ha decidido aceptar la propuesta presentada por usted dentro del proceso de Invitación a cotizar directa No 021-2020 cuyo objeto es: ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Teniendo en cuenta para ello las especificaciones contenidas en la Invitación a cotizar y en la oferta presentada por ustedes dentro de lo referenciado, documentos que para todos los efectos legales hacen parte integral del presente comunicado			
TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN			
OBJETO DEL CONTRATO	ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS / SERVICIOS A CONTRATAR	1	HEMOKIT 1	
	2	HEMOKIT 2	
	3	ACIDO ACÉTICO AL 30 %	
	4	HIPOCLORITO DE SODIO AL 5,25%	
	5	ACIDO PERACÉTICO	
	6	KIT DUREZA TOTAL (TEST KIT DE DUREZA 0,300 PPM 100 TEST	
	7	KIT CLORO LIBRE Y TOTAL	
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR DEL CONTRATO	TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$300.000.000)		
FORMA DE PAGO	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.		
	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 garantia dentro de los tiempo solicitados .		
	5. Presentar ante el supervisor del contrato para la generación de la certificación de cumplimiento, la factura, informes, ingreso al almacen y certificación de pago de aportes parafiscales o documento equivalente suscrito por el representante legal, revisor fiscal o quien haga sus veces, dentro de los plazos establecidos.		

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		CÓDIGO : AP-CT-F-08-04
			VERSIÓN : 4
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1	
		FECHA : 30/10/2018	
FECHA DEL COMUNICADO		14 de febrero 2020	
TIPO No. DE PROCESO		INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 021-2020	
Luis Gabriel Gomez R Representante Legal EMERGENCIAS CLINICAS SAS Carrera 103 B No 23 G 45 4-15-30-37 / 3-00-39-86 emerclinicassas@gmail.com			
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	6. Presentar ante la dirección financiera (central de cuentas por pagar) de la subred norte ese, la certificación de cumplimiento, la factura y soportes respectivos para su correspondiente radicación.		
	7. Notificar a la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. de cualquier inconveniente que impida la debida ejecución del contrato ya sea que provenga de causas externas o de su propia organización, con el fin de tomar los correctivos del caso para garantizar la óptima prestación del servicio.		
	8. Dar cumplimiento a los s protocolos, procesos y procedimientos institucionales, sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.		
	9. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.		
	10. Las demas que se necesiten para el desarrollo y cumplimiento del objeto contractual.		
	ESPECIFICAS		
	1. Velar por mantener el buen nombre de la institución subred norte e.s.e, obrando de manera honesta y responsable.		
	2. Notificar a la subred norte e.s.e, cualquier inconveniente que impida la debida ejecución del contrato ya sea que provenga de causas externas o de su propia organización, con el fin de tomar los correctivos del caso para garantizar la óptima prestación del servicio.		
	3. El contratista deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse problemas de suministro y deberá disponer de un plan de contingencia		
	4. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.		
5. Hacer parte y participar activamente de los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución.			
6. Presentar mensualmente con la cuenta de cobro o factura el informe de gestión del servicio,			
7. Las demás obligaciones que sean necesarias para dar cumplimiento al objeto contractual.			
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO		Gloria Andrea Panesso Rodriguez Profesional Especializado - Dirección Administrativa	
Cordialmente,  YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ GERENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Aprobó: Dr: Alvaro de Jesus Galvis Barrios Revisó: Dra: Hemilet Cala Celis Proyectó: Enrique Páez Falla			

	SOLICITUD DE ELABORACIÓN DEL CONTRATO				CÓDIGO : AP-CT-F-09-04		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018		
Fecha de solicitud: d/m/a	14/02/2020		Modalidad de Selección:	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 021-2020			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR:		EMERGENCIAS CLINICAS SAS					
RÉGIMEN DE VENTAS:	Común	X	Simplificado	NIT:	800.105.155-7		
DIRECCIÓN: Carrera 103 B No 23 G 45		CORREO ELECTRÓNICO: emerclinicassas@gmail.com			NUMERO TELEFÓNICO: 4-15-30-37 / 3-00-39-86		
OBJETO DEL CONTRATO							
ADQUISICION DE HEMOKITS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE ADULTO QUE INGRESA A TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE HEMODIALISIS EN LA SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E							
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Rubro Presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		CDP Nro.	379			
DESCRIPCIÓN TÉCNICA							
Item / Código	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor Total Unitario	Valor Total
1	HEMOKIT 1	KIT	A Demanda	95.000	-	95.000	95.000
2	HEMOKIT 2	KIT	A Demanda	95.000	-	95.000	95.000
3	ACIDO ACÉTICO AL 30 %	GARRAFA	A Demanda	98.000	18.620	116.620	116.620
4	HIPOCLORITO DE SODIO AL 5,25%	GALON	A Demanda	44.285	8.414	52.699	52.699
5	ACIDO PERACÉTICO	GALON	A Demanda	210.000	-	210.000	210.000
6	KIT DUREZA TOTAL (TEST KIT DE DUREZA 0,300 PPM 100 TEST)	UNIDAD	A Demanda	521.000	98.990	619.990	619.990
7	KIT CLORO LIBRE Y TOTAL	UNIDAD	A Demanda	180.000	34.200	214.200	214.200
VALOR DEL CONTRATO	TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$300.000.000)		¿El valor del contrato incluye IVA?	SI X	NO		
FORMA DE PAGO	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.						
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES						
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NOMBRE: Gloria Andrea Panesso Rodriguez			CARGO: Profesional Especializado - Dirección Administrativa			
CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR	CORREO ELECTRÓNICO: supervisioncontratosrednorte1@gmail.com			NUMERO DE CONTACTO: 311-240-95-69			
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.							

 Gobierno de Boyacá Secretaría Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE ELABORACIÓN DEL CONTRATO		CÓDIGO : AP-CT-F-09-04 VERSIÓN : 4	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018	
Fecha de solicitud: d/m/a	14/02/2020	Modalidad de Selección:	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 021-2020	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR:		EMERGENCIAS CLINICAS SAS		
RÉGIMEN DE VENTAS:	Común	☒	Simplificado	NIT: 800.105.155-7
DIRECCIÓN: Carrera 103 B No 23 G 45		CORREO ELECTRÓNICO: emerclinicassas@gmail.com		NUMERO TELEFÓNICO: 4-15-30-37 / 3-00-39-86
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 s protocolos, procesos y procedimientos institucionales, sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información. 9. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 10. Las demas que se necesiten para el desarrollo y cumplimiento del objeto contractual.				
ESPECIFICAS				
1. Velar por mantener el buen nombre de la institución subred norte e.s.e, obrando de manera honesta y responsable. 2. Notificar a la subred norte e.s.e, cualquier inconveniente que impida la debida ejecución del contrato ya sea que provenga de causas externas o de su propia organización, con el fin de tomar los correctivos del caso para garantizar la óptima prestación del servicio. 3. El contratista deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse problemas de suministro y deberá disponer de un plan de contingencia 4. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad. 5. Hacer parte y participar activamente de los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución. 6. Presentar mensualmente con la cuenta de cobro o factura el informe de gestión del servicio, 7. Las demás obligaciones que sean necesarias para dar cumplimiento al objeto contractual.				
GARANTIAS DE EXIGIBILIDAD				
A) 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.				
B) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.				

	SOLICITUD DE ELABORACIÓN DEL CONTRATO		CÓDIGO : AP-CT-F-09-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN :4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA :12/06/2018	
Fecha de solicitud: d/m/a	14/02/2020	Modalidad de Selección:	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No 021-2020	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR:		EMERGENCIAS CLINICAS SAS		
RÉGIMEN DE VENTAS:	Común	X	Simplificado	NIT: 800.105.155-7
DIRECCIÓN: Carrera 103 B No 23 G 45		CORREO ELECTRÓNICO: emerclinicassas@gmail.com		NUMERO TELEFÓNICO: 4-15-30-37 / 3-00-39-86
DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) 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.				
	Nombre y Firma área de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA		
	Nombre y Firma del Director que revisa:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS		
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	DR. ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)		
	Nombre y Firma VoBo. Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ		