	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 160/18

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
---------------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación
1	ESCARAPELAS PLASTICAS PARA CARNET VERTICAL CLEAR 9	UNIDAD	700	ESCARAPELA VERTICAL PLASTICA DE 8CM DE ANCHO Y 13 CM DE ALTO REFERENCIA 1029 FASOR	PRESENTAR MUESTRA FISICA
	IMPRESIÓN DEL CARNET DE IDENTIFICACIÓN EN OPALINA TAMAÑO CARTA IMPRESIÓN A LASER DE 9X7CMS APROX.A COLOR	UNIDAD	700	CARNÉ VERTICAL DE ACUERDO A IMAGEN INSTITUCIONAL ENTREGADA POR SDS EN OPALINA TAMAÑO CARTA	PRESENTAR MUESTRA FISICA
3	CINTA O RETA CON HERRAJE METALICO PARA CARNÉ DE IFENTIFICACIÓN EN TELA FAYA SIN MARCA COLOR AZUL OSCURO	UNIDAD	700	COLOR AZUL OSCURO	PRESENTAR MUESTRA FISICA

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	4 DE OCTUBRE 2018
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	FECHA: 8 DE OCTUBRE 2018 HORA: 3:00P.M LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 CENTRAL DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) COPIA FÍSICA, UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO Y MUESTRA FÍSICA DE LOS ANTERIORES ITEMS.
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	FECHA: 8 DE OCTUBRE 2018 HORA: 3:10P.M Calle 66 No 15 - 41 Piso 3 - Dirección de Contratación – Compras
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	DESDE EL 9 DE OCTUBRE A 10 DE OCTUBRE 2018
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	11 DE OCTUBRE 2018
OBJECIONES A LAS EVALUACIONES	12 DE OCTUBRE 2018
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

	JURÍDICOS: 1. ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN – ANEXO 1 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA – ANEXO 2 3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE, DE LOS APORTES EFECTUADOS EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES – ANEXO 3 4. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN - ANEXO 4 5. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO UNICO TRIBUTARIO – RUT 7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT - 8. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
--	--

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 160/18

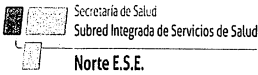
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Documentos soportes que debe anexar el proponente	10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL 12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL 13. CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES 14. CERTIFICACIÓN BANCARIA 15. DOCUMENTACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA 16. LIBRETA MILITAR 17. DOCUMENTACIÓN ECONÓMICA DE LA PROPUESTA TÉCNICOS: 1. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE SE COMPROMETA AL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS ELEMENTOS A ADQUIRIR EN TÉRMINOS DE CANTIDAD, DISEÑO, MATERIAL Y TAMAÑO. 2. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE GARANTICE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y GENERACIÓN DE CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN EN LOS VOLUMENES SOLICITADOS. 3. SE EVALUARÁ MUESTRA FÍSICA DE LOS ÍTEMS SOLICITADOS. 3. EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN DONDE GARANTICE EL RECAMBIO Y GARANTÍA DE ELEMENTOS QUE PRESENTEN DETERIORO PREMATURO, NO DERIVADO DEL MAL USO. ECONÓMICOS: 1. EL OFERENTE DEBERÁ OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS REQUERIDOS PARA ESTA INVITACIÓN CON LAS CANTIDADES REQUERIDAS Y DISCRIMINANDO EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL. 2. LA PROPUESTA NO PODRÁ EXCEDER EL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA ÉSTA INVITACIÓN

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Económicos	SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS Y TÉCNICOS

Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22 DE 2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. 2. PARA LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.
-------------------------------	---

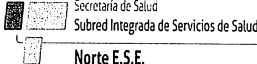
Valor	UN MILLON OCHOCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOSM/CTE PESOS (\$1.810.200)
Rubro Presupuestal	IMPRESOS Y PUBLICACIONES

No.	2067
Fecha del CDP	26/09/2018

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 160/18

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO					
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		Plazo de ejecución	3 MESES	
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS					
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
Garantías de exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. 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 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.				

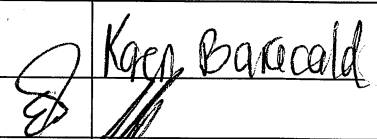
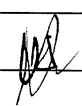
	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4
		PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 160/18

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
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. REALIZAR LAS ENTRGAS DE LOS CARNÉ DE IDENTIFICAIÓN, ESCARAPELAS Y CINTAS EN LOS PLAZOS DEFINIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 2. DAR BUEN USO A LA INFORMACIÓN ENTRGA POR LA ENTIDAD RESPECTO A INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS ESTUDIANTES Y LOGOTIPOS DE LA SUBRED NORTE. 3. DAR GARANTIA DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS Y EFECTUAR EL CAMBIO DE LOS MISMOS CUANDO SE PRESENTE DETERIORO PREMATURO O NO CUMPLA CON LA CALIDAD DE ESTOS. 4. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE GENERAN DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO	

ACLARACIONES	
En caso de aclaraciones	El oferente podrá remitir sus observaciones al siguiente correo: comprasrednorte@gmail.com /comprasrednorte7@gmail.com

ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes	
	ANEXO 1:	ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN
	ANEXO 2:	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA
	ANEXO 3:	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES
	ANEXO 4:	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	KAREN DANIELA BARACALDO VARGAS	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DR. ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. ÁLVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte7@gmail.com

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

Bogotá D.C

REFERENCIA: Propuesta para la “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente a
**LA INVITACIÓN A COTIZAR No 160 - 18 “CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y
CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES
UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E”**

La presente propuesta contiene la siguiente información:

ORIGINAL Nro. Folios _____

COPIA Nro. Folios _____

ANEXOS Nro. Folios _____

MEDIOS MAGNÉTICOS _____

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte7@gmail.com

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

REFERENCIA: Propuesta para la “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente a **LA INVITACIÓN A COTIZAR No 160 - 18 “CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE ESCARAPELAS Y CARNÉ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E”**

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

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta 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 incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Valor de la Oferta (letras y Números):

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

Yo, _____ Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en mi condición de _____ (Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso) de la Empresa _____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes de los últimos seis (6) meses a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma

Cédula de Ciudadanía No.

En Calidad de

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

ANEXO 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Convenio Docencia-Servicio	Nombre _____ Universidad _____ Servicio _____ Válido hasta _____	_____ Firma autorizada
---	---	---	---------------------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Convenio Docencia-Servicio	Nombre _____ Universidad _____ Servicio _____ Válido hasta _____	_____ Firma autorizada
---	---	---	---------------------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Convenio Docencia-Servicio	Nombre _____ Universidad _____ Servicio _____ Válido hasta _____	_____ Firma autorizada
---	---	---	---------------------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Convenio Docencia-Servicio	Nombre _____ Universidad _____ Servicio _____ Válido hasta _____	_____ Firma autorizada
---	---	---	---------------------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Convenio Docencia-Servicio	Nombre _____ Universidad _____ Servicio _____ Válido hasta _____	_____ Firma autorizada
---	---	---	---------------------------

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Convenio Docencia-Servicio	Nombre _____ Universidad _____ Servicio _____ Válido hasta _____	_____ Firma autorizada
---	---	---	---------------------------

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Septiembre 26 De 2018

CDP. No. 2067

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.....: 231201060000000000000006

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3120106

NOMBRE RUBRO.....: IMPRESOS Y PUBLICACIONES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : .00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 138,908,781.00

SALDO DE APROPIACION : 138,908,781.00

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:

ELABORACION DE ESCARAPELAS Y CARNET PARA IDENTIFICACION
DE LOS ESTUDIANTES QUE ROTAN POR LAS UNIDADES

POR UN VALOR INICIAL DE : 1,810,200.00 ✓

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,810,200.00

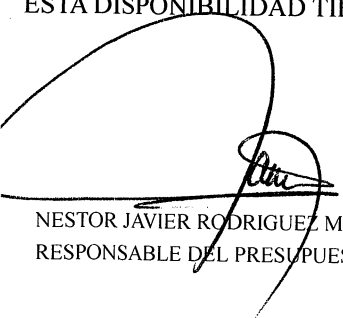
UN MILLON OCHOCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE

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

DE LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 137,098,581.00

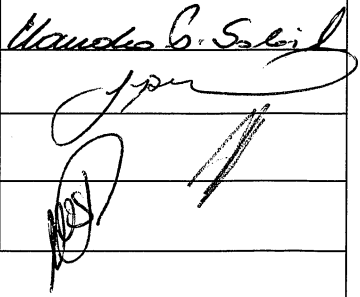
ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (97) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

Sociedad de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05			
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5			
				PÁGINA : 1 DE 2			
				FECHA : 12/06/2018			
Fecha de Emisión:		12/09/2018		Fecha de Recibo B/M/A:			
DATOS DEL SOLICITANTE							
		CLAUDIA PATRICIA GALAN SUAREZ					
		GESTION DEL CONOCIMIENTO					
		gestionconocimiento@subrednote.gov.co					
		CLAUDIA PATRICIA GALAN SUAREZ Jefe de Oficina de Gestion Conocimiento					
PARA CUMPLIR CON LOS CONVENIOS CELEBRADOS CON LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS, SE REQUIERE LA IDENTIFICACION DE LOS ESTUDIANTES DURANTE EL TRANSURSO DE SU ROTACION EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS.							
REQUISITOS PARA EL BIEN Y SERVICIO A CONTRATAR							
PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASEGURANDO QUE LOS ESTUDIANTES QUE INGRESEN A CADA UNO DE LOS SERVIDORES MANTENGAN UNA IDENTIFICACION INSTITUCIONAL PERMANENTE QUE REFLEJE LA AUTORIZACION DE PERMANENCIA EN LA INSTITUCION PARA REALIZAR LA PRACTICA FORMATIVA EN LA SUBRED NORTE.							
DETALLE DE LOS BIENES Y SERVICIOS A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	ESCARAPELA PLASTICA PARA CARNET VERTICAL CLEAR 9	2000	UNIDAD	700	ESCARAPELA VERTICAL PLASTICA DE 8CM DE ANCHO Y 13 CM DE ALTO REFERENCIA 1029 FASOR	ESTA CANTIDAD ES SOLO PARA SUPLIR DOS MESES Y MEDIO	
2	IMPRESIÓN DEL CARNET DE IDENTIFICACION EN OPALINA TAMAÑO CARTA IMPRESIÓN LASER DE 9 X 7 CMS APROX. A COLOR	2000	UNIDAD	700	CARNET VERTICAL DE ACUERDO A IMAGEN INSTITUCIONAL ENTREGADA POR SDS EN OPALINA TAMAÑO CARTA	ESTA CANTIDAD ES SOLO PARA SUPLIR DOS MESES Y MEDIO	
3	CINTA O REATA CON HERRAJE METALICO PARA CARNET DE IDENTIFICACION EN TELA FALLA SIN MARCA COLOR AZUL OSCURO	2000	UNIDAD	700	COLOR AZUL OSCURO	ESTA CANTIDAD ES SOLO PARA SUPLIR DOS MESES Y MEDIO	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI NO							
COMENTARIOS DEL SOLICITANTE							
CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICAIONES TECNICAS DE LOS ELEMENTOS A ADQUIRIR EN TERMINOS DE CANTIDAD, DISEÑO, MATERIAL Y TAMAÑO. PROVEEDORES CON EXPERIENCIA EN EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y GENERACION DE CARNET DE IDENTIFICACION EN LOS VOLUMENES SOLICITADOS. EL PROVEEDOR DEBERA ENTREGAR GARNTIA Y/O RECAMBIO DE LOS ELEMENTOS QUE PRESENTEN DETEIORO PREMATURO , NO DERIVADO DEL MAL USO							
TÉCNICOS X		ECONÓMICOS X		OTROS		CUALES:	
SI				NO X			
Patrimonio Autónomo		Póliza Seriedad de la Oferta		Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes		Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	
☐		☐		☐		☐	
Garantía Bancaria		Póliza Cumplimiento del Contrato		Póliza Estabilidad de Obra		Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	
☐		☒		☐		☐	
						Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares	
						☐	
						Póliza Provisión de Repuestos , Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos	
						☐	

1678
18.09.18.
8:20

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5 PÁGINA : 2 DE 2 FECHA : 12/06/2018
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 EJECUCION 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. 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: REALIZAR LAS ENTREGAS DE LOS CARNETS DE IDENTIFICACION, ESCARAPELAS Y CINTAS EN LOS PLAZOS DEFINIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, DAR BUEN USO A LA INFORMACION ENTREGADA POR LA ENTIDAD RESPECTO A INFORMACION PERSONAL DE LOS ESTUDIANTES Y LOGOTIPOS INSTITUCIONALES DE LA SUBRED, DAR GARANTIA DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS Y EFECTUAR EL CAMBIO DE LOS MISMOS CUANDO SE PRESENTE DETERIORO PREMATURO O NO CUMPLA CON LA CALIDAD DE ESTOS.			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)			
6 MESES			
CAUSAS 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 termino. 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.			
	Nombre y Firma del solicitante:	CLAUDIA PATRICIA GALAN SUAREZ	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	JANETH RODRIGUEZ LEGUIZAMON	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	
Observaciones:			

