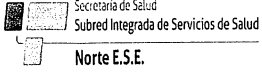


|                                                                                  |                                                                                   |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------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

INVITACIÓN A COTIZAR No. 162/18

| OBJETO A CONTRATAR                   |                                                                                              | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES 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                                    | AMPICILINA + SULBACTAM (SULTAMICILINA) 250+125MG(375MG) TABLETA                              | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 2                                    | ASCÓRBICO ÁCIDO 500 MG TABLETA MASTICABLE                                                    | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 3                                    | BUPIVACAÍNA CON EPINEFRINA 50MG/10ML SOLUCION INYECTABLE                                     | UNIDAD                                                                                                               | 146                      |                        |             |
| 4                                    | CARBAMAZEPINA 400 MG (MOLECULA ORIGINAL) TABLETA DE LIBERACION RETARDADA                     | UNIDAD                                                                                                               | 500                      |                        |             |
| 5                                    | CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA                                                                   | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 6                                    | DARUNAVIR ETANOLATO 800 MG MOLECULA ORIGINALTABLETA                                          | UNIDAD                                                                                                               | 60                       |                        |             |
| 7                                    | DICLOXACILINA 250MG/5ML POLVO ORAL PARA RECONSTITUIR A 80 ML                                 | UNIDAD                                                                                                               | 50                       |                        |             |
| 8                                    | FOSFOMICINA 4 GPOLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                                         | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |
| 9                                    | HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA                                                              | UNIDAD                                                                                                               | 122000                   |                        |             |
| 10                                   | INSULINA GLARGINA 100UI/ML SOLUCION INYECTABLE                                               | UNIDAD                                                                                                               | 59                       |                        |             |
| 11                                   | LACTULOSA 3.34G/5/240 ML SOLUCION ORAL                                                       | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |
| 12                                   | LEUPRORELIN Y SALES 22.5MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE                                          | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |
| 13                                   | LIDOCAINA CON EPINEFRINA 1% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE                                      | UNIDAD                                                                                                               | 580                      |                        |             |
| 14                                   | LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% * 20 MLSOLUCION INYECTABLE                                       | UNIDAD                                                                                                               | 600                      |                        |             |
| 15                                   | LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 1% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE                                      | UNIDAD                                                                                                               | 1300                     |                        |             |
| 16                                   | LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 2% x 20 ML SOLUCION INYECTABLE                                      | UNIDAD                                                                                                               | 300                      |                        |             |
| 17                                   | NAPROXENO 500 MG TABLETA                                                                     | UNIDAD                                                                                                               | 500                      |                        |             |
| 18                                   | PALIPERIDONA 100 MG AMPOLLA                                                                  | UNIDAD                                                                                                               | 100                      |                        |             |
| 19                                   | SALBUTAMOL (SULFATO)5MG/ML (0.5%) FCO15ML SOLUCION PARA NEBULIZACION NASAL                   | UNIDAD                                                                                                               | 130                      |                        |             |
| 20                                   | VISMODEGID 150MG TABLETA                                                                     | UNIDAD                                                                                                               | 1                        |                        |             |
| 21                                   | ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325/5 MG TABLETAS                                                 | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 22                                   | ACETATO DE ATOSIBAN EQUIVALENTE A ATOSIBAN 6,75 MG/0,9 ML SOLUCION PARA INFUSION INTRAVENOSA | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 23                                   | ACIDO CARGLUMICO 200 MG TABLETA                                                              | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 24                                   | AZACITIDINA 100 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                                     | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |
| 25                                   | BEVACIZUMAB 25MG/ML X 4ML SOLUCION INYECTABLE                                                | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |
| 26                                   | CARBAMAZEPINA 200 MG MOLECULA ORIGINALTABLETA DE LIBERACION RETARDADA                        | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |
| 27                                   | EFAVIRENZ 600 MG (MOLECULA ORIGINAL) TABLETA                                                 | UNIDAD                                                                                                               | 90                       |                        |             |
| 28                                   | ERITROPOYETINA 30.000 UI/0,6 ML MOLECULA ORIGINALSOLUCION INYECTABLE                         | UNIDAD                                                                                                               | 10                       |                        |             |

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

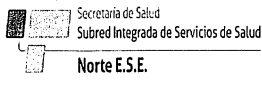
**INVITACIÓN A COTIZAR No. 162/18**

| OBJETO A CONTRATAR |                                                                                            | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |    |  |  |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|
| 29                 | ESOMEPRAZOL 40 MG MOLECULA ORIGINAL TABLETA                                                | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 30                 | EVEROLIMUS 10 MG TABLETA                                                                   | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 31                 | FENTANILO CITRATO 16,8 MGPARCHE TRANSDERMICO                                               | UNIDAD                                                                                                               | 10 |  |  |
| 32                 | IBUPROFENO 600 MG TABLETA                                                                  | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 33                 | INTERFERON BETA 1B (BETA FERON) 8.000.000UI-(250MCG)/ ML X 15 UNIDADES SOLUCION INYECTABLE | UNIDAD                                                                                                               | 10 |  |  |
| 34                 | METILPREDNISOLONA 16 MG TABLETA                                                            | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 35                 | METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) (100 MCG/0.3 ML) SOLUCION INYECTABLE                 | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 36                 | METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) 150 MCG/0.3 ML SOLUCION INYECTABLE                   | UNIDAD                                                                                                               | 10 |  |  |
| 37                 | ROMIPLOSTIM 250 MCG POLVO INYECTABLE                                                       | UNIDAD                                                                                                               | 10 |  |  |
| 38                 | SUNITINIB 12.5 MG CAPSULA                                                                  | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 39                 | SUNITINIB 25 MG CAPSULA                                                                    | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 40                 | SUNITINIB 50 MG CAPSULA X 28                                                               | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 41                 | TENOFOVIR 300 MGTABLETAS                                                                   | UNIDAD                                                                                                               | 90 |  |  |
| 42                 | TOCILIZUMAB 200MG/10ML® SOLUCION INYECTABLE                                                | UNIDAD                                                                                                               | 30 |  |  |
| 43                 | TRASTUZUMAB 440MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                                    | UNIDAD                                                                                                               | 50 |  |  |
| 44                 | TRASTUZUMAB 600 MG/5 ML. POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SUBCUTANEA                           | UNIDAD                                                                                                               | 30 |  |  |
| 45                 | VALGANICLOVIR 500 MG Polvo Reconstituir a Solucion o Suspension Oral                       | UNIDAD                                                                                                               | 20 |  |  |

| CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN                           |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN             | 4 DE OCTUBRE 2018                                                                                                                                                                                                |
| CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS                        | <b>FECHA: 9 DE OCTUBRE 2018</b><br><b>HORA: 2:00P.M</b><br>LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 CENTRAL DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO |
| APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS                    | <b>FECHA: 9 DE OCTUBRE 2018</b><br><b>HORA: 2:10P.M</b><br>Calle 66 No 15 - 41 Piso 3 - Dirección de Contratación – Compras                                                                                      |
| EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS | DESDE EL 10 DE OCTUBRE A 11 DE OCTUBRE 2018                                                                                                                                                                      |
| PUBLICACIÓN DE 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                                                                                                                                      |

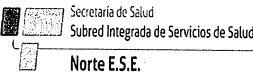
**JURÍDICOS:**

1. ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN – **ANEXO 1**
2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA – **ANEXO 2**

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

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 162/18**

| OBJETO A CONTRATAR                                       | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentos soportes que debe anexar el proponente</b> | 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 – <b>ANEXO 3</b><br>4. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN - <b>ANEXO 4</b><br>5. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL<br>6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO UNICO TRIBUTARIO – RUT<br>7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -<br>8. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL<br>9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN<br>10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA<br>11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL<br>12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL<br>13. CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES<br>14. CERTIFICACIÓN BANCARIA<br>15. DOCUMENTACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA<br>16. LIBRETA MILITAR<br>17. DOCUMENTACIÓN ECONÓMICA DE LA PROPUESTA<br><br><b>TÉCNICOS:</b><br>1. SE DEBERA GARANTIZAR QUE LOS PRODUCTOS OFERTADOS CUENTEN CON REGISTRO SANITARIO INVIMA, EN CASO DE VENCIMIENTO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DIAS DEBERA PRESENTARSE EL TRAMITE DE RENOVACION DEL MISMO<br>2. LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA VIGENTE.<br>3. SE DEBERAN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS TECNICOS QUE PERMITAN VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ACORDE CON SU NATURALEZA.<br>4. PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.<br>5. PARA ESTABLECIMIENTOS QUE MANEJEN MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE DEBERÁ PRESENTAR RESOLUCION VIGENTE EXPEDIDA POR EL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES QUE INCLUYAN LOS MEDICAMENTOS OFERTADOS.<br>6. EN AQUELLOS ITEMS EN LOS QUE SE SOLICITE O INDIQUE MOLECULA ORIGINAL O SE DEFINAN LOS CUM, EXPEDIENTE Y REGISTRO INVIMA. SOLO SE HABILITARAN LAS PROPUESTAS QUE CUMPLAN CON ESTA CONDICION.<br>7- LOS ITEMS OFERTADOS DEBERAN CORRESPONDER A LOS PRINCIPIOS ACTIVOS, CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACEUTICAS SOLICITADAS, SE CALIFICARAN COMO NO HABILITADOS, LAS SUSTITUCIONES QUE A MODO PROPIO REALICE EL OFERENTE A LOS ITEMS, EN CASO DE SUCEDER ESTA SUSTITUCION EL OFERENTE EN CASO DE SER HABILITADO DEBERA CUMPLIR CON EL ITEM SOLICITADO.<br>8. EL OFERENTE DEBERA SUMINISTRAR ACORDE CON LA MATRIZ SUMINISTRADA EN MEDIO MAGNETICO LA INFORMACION DE CUM EN UNA ESTRUCTURA VALIDA QUE PERMITA LA VERIFICACION POR MEDIO DEL APLICATIVO COMPROBACION DE CUM DEL INVIMA, LOS ITEMS QUE NO PERMITAN ESTA VERIFICACION SERAN CALIFICADOS COMO NO HABILITADOS. |

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

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 162/18**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b> | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                           | <p>9. SE DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN A LA RED NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.</p> <p><b>ECONÓMICOS:</b></p> <p>1. EL OFERENTE DEBERÁ OFERTAR LOS ÍTEMS REQUERIDOS PARA ESTA INVITACIÓN CON LAS CANTIDADES REQUERIDAS Y DISCRIMINANDO EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL.</p> <p>2. LA PROPUESTA NO PODRÁ EXCEDER EL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA ÉSTA INVITACIÓN</p> |

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

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios de Desempate</b> | <p>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:</p> <p>1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22 DE 2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ.</p> <p>2. PARA LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.</p> |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

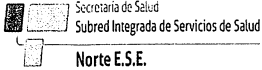
|                           |                                                                                                                   |                      |            |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| <b>Valor</b>              | TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$39.794.645) | <b>No.</b>           | 2072       |
| <b>Rubro Presupuestal</b> | MEDICAMENTOS                                                                                                      | <b>Fecha del CDP</b> | 27/09/2018 |

| <b>CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO</b> |                                                                                                                                                                                                                                                |  |                           |               |  |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| <b>Forma de pago</b>                      | 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. |  | <b>Plazo de ejecución</b> | DOS (2) MESES |  |

| <b>FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS</b> |  |
|---------------------------------------------------|--|
|---------------------------------------------------|--|

|                         |                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Sitio de entrega</b> | EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:</b> 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.</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 162/18**

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>        | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Garantías de exigibilidad</b> | <b>B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES:</b> 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>C) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**GENERALES:**

- CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
- ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
- MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
- SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .
- PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
- PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
- NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- DAR CUMPLIMIENTO A LOS 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.
- 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.
- LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL

**Obligaciones del Contratista**

**ESPECÍFICAS**

- REALIZAR LAS ENTREGAS EN LOS SITIOS Y HORARIOS ESTABLECIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
- LOS INSUMOS SOLICITADOS DEBERÁN SER DISPENSADOS MAXIMO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD EFECTUADA POR LA SUBRED NORTE.
- EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A CAMBIAR LOS INSUMOS CUYA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA IGUAL O MENOR A TRES, (3) MESES, UNA VEZ HAYA SIDO NOTIFICADO POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, AUN CUANDO LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA ESE CUMPLAN SU VIGENCIA Y/O VENCIMIENTO.

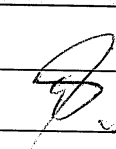
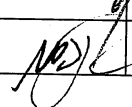
|                                                                                                                                                                |                                                                                   |  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------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

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 162/18**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |
| <p>4.SUMINISTRAR LOS INSUMOS OBJETO DE ESTE CONTRATO PARA LOS CUALES SE ESTABLECE QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS NO PODRÁN SER INFERIOR A UN AÑO (1) Ó EL 75% DE LA VIDA ÚTIL, AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN TÉCNICA DEL INSUMO EN LA INSTITUCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO INDICADAS PARA EL PRODUCTO POR EL FABRICANTE QUIEN DEBE ASEGURARLAS HASTA ENTREGAR LOS INSUMOS EN LA ESE, SI ES A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR, ESTE DEBE GARANTIZAR LAS MISMAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.</p> <p>5.REALIZAR LA REPOSICIÓN DE LOS INSUMOS QUE RESULTAREN DETERIORADOS EN EL TRANSPORTE DE LOS MISMOS, O CON DEFECTOS DE CALIDAD, EMPAQUE O CONSERVACIÓN, DE CUYO REPORTE LE HAGA LA SUBRED HASTA SETENTA Y DOS (72) HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL PRODUCTO,</p> <p>6.GARANTIZAR QUE LOS INSUMOS ENTREGADOS ESTÉN MARCADOS CON EL RESPECTIVO REGISTRO SANITARIO, LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO EN EL EMPAQUE PRIMARIO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 677 DE ABRIL DE 1995.</p> <p>7.LOS INSUMOS OFRECIDOS DEBEN SER FABRICADOS DE CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA Y CONTROL DE CALIDAD Y LAS NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS VIGENTES EN LA MATERIA. LOS PRODUCTOS IMPORTADOS DEBEN CUMPLIR CON LAS NORMAS DE LOS ARTÍCULOS 72, 73 Y 74 DEL DECRETO 677 DE 1995 DEL MINISTERIO DE SALUD.</p> <p>8.LA SUBRED NORTE SE TENDRA LA POTESTAD DE SOLICITAR EL CAMBIO O ACLARACION FRENTE A INSUMOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR EL INVIMA CON ALERTAS DE TECNOVIGILANCIA. DEBERA APORTAR EL NOMBRE Y CONTACTO DEL REFERENTE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA CON EL FIN DE REALIZAR LOS REPORTE O SUCESOS QUE SE PUEDAN RELACIONAR CON EL USO DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS ADJUDICADOS.</p> |                                                                                                                      |

| ACLARACIONES                   |                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>En caso de aclaraciones</b> | El oferente podrá remitir sus observaciones al siguiente correo: <a href="mailto:comprasrednorte@gmail.com">comprasrednorte@gmail.com</a><br><a href="mailto:comprasrednorte7@gmail.com">comprasrednorte7@gmail.com</a> |

|               |                                                             |  |
|---------------|-------------------------------------------------------------|--|
| <b>ANEXOS</b> | 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    |                                                |                                                                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Firmas</b> | Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras: | KAREN DANIELA BARACALDO VARGAS<br>      |
|               | 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<br> |

**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 162 - 18 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA  
LOS PACIENTES 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](mailto:compras@subrednorte.gov.co)  
[comprasrednorte7@gmail.com](mailto: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 162 - 18 “CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES 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)

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Septiembre 27 De 2018

CDP. No.

2072

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO  
CERTIFICA:

COPIA

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232102010100000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020101

NOMBRE RUBRO.....: MEDICAMENTOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 304,269,852.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 50,689,117.00

SALDO DE APROPIACION : 354,958,969.00

EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,  
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,  
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE L  
A SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 39,794,645.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 39,794,645.00

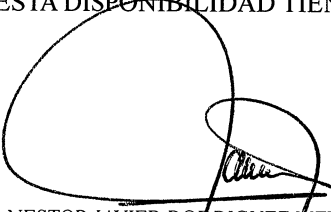
TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS  
CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE  
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 304,269,852.00

S CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 10,894,472.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (96 ) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

  
NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ  
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             | <b>ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS</b>                                     |                  |                                |                        | CÓDIGO : AP-CT-F-01-05<br>VERSIÓN : 5 |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |                  |                                |                        | PÁGINA : 1 DE 2<br>FECHA : 12/08/2018 |      |
| <b>Fecha de Solicitud D/M/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             | 2018/09/17                                                                        |                  | <b>Fecha de Recibido D/M/A</b> |                        |                                       |      |
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| <b>Nombre del Solicitante:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| <b>Proceso:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             | DIRECCION ADMINISTRATIVA                                                          |                  |                                |                        |                                       |      |
| <b>Correo Electrónico y teléfono</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             | contratosmdtosymdax@subrednorte.gov.co cel-3003238050                             |                  |                                |                        |                                       |      |
| <b>PAA( ) PROYECTO ( )</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             | <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO</b>                                     |                  | DIRECCION ADMINISTRATIVA       |                        |                                       |      |
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| <b>JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| Se realiza 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., dado que el Consorcio Solinsa Disfarma no acepto prorrogar el contrato 116-2018 se da por terminado. |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| <b>DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             |                                                                                   |                  |                                |                        |                                       |      |
| Ítem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nombre / Descripción                                                        | Cantidad                                                                          | Unidad de medida | Promedio consumo mensual       | Especificación Técnica | Observación                           | *PAA |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AMPICILINA + SULBACTAM (SULTAMICILINA) 250+125MG(375MG) TABLETA             | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 90                             |                        |                                       |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ASCÓRBICO ÁCIDO 500 MG TABLETA MASTICABLE                                   | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 90                             |                        |                                       |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | BUPIVACAÍNA CON EPINEFRINA 50MG/10ML SOLUCION INYECTABLE                    | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 146                            |                        |                                       |      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CARBAMAZEPINA 400 MG (MOLECULA ORIGINAL) TABLETA DE LIBERACION RETARDADA    | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 500                            |                        |                                       |      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA                                                  | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 90                             |                        |                                       |      |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DARUNAVIR ETANOLATO 800 MG MOLECULA ORIGINALTABLETA                         | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 60                             |                        |                                       |      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DICLOXACILINA 250MG/5ML POLVO ORAL PARA RECONSTITUIR A 80 ML                | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 50                             |                        |                                       |      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FOSFOMICINA 4 GPOLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                        | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 10                             |                        |                                       |      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA                                             | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 122000                         |                        |                                       |      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML SOLUCION INYECTABLE                              | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 59                             |                        |                                       |      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LACTULOSA 3.34G/5/240 ML SOLUCION ORAL                                      | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 10                             |                        |                                       |      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LEUPRORELIN Y SALES 22.5MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE                         | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 10                             |                        |                                       |      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LIDOCAINA CON EPINEFRINA 1% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE                     | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 580                            |                        |                                       |      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE                     | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 600                            |                        |                                       |      |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 1% * 20 ML SOLUCION INYECTABLE                     | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 1300                           |                        |                                       |      |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 2% x 20 ML SOLUCION INYECTABLE                     | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 300                            |                        |                                       |      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NAPROXENO 500 MG TABLETA                                                    | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 500                            |                        |                                       |      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PALIPERIDONA 100 MG AMPOLLA                                                 | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 100                            |                        |                                       |      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SALBUTAMOL (SULFATO)/5MG/ML (0.5%) FCO15ML SOLUCION PARA NEBULIZACION NASAL | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 130                            |                        |                                       |      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | VISMODEGID 150MG TABLETA                                                    | A DEMANDA                                                                         | unidad           | 1                              |                        |                                       |      |

1715  
20-09-18  
8:15

|    |                                                                                              |           |        |    |  |  |  |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|----|--|--|--|--|
| 21 | ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325/5 MG TABLETAS                                                 | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 22 | ACETATO DE ATOSIBAN EQUIVALENTE A ATOSIBAN 6,75 MG/0,9 ML SOLUCION PARA INFUSION INTRAVENOSA | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 23 | ACIDO CARGLUMICO 200 MG TABLETA                                                              | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 24 | AZACITIDINA 100 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                                     | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 25 | BEVACIZUMAB 25MG/ML X 4ML SOLUCION INYECTABLE                                                | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 26 | CARBAMAZEPINA 200 MG MOLECULA ORIGINALTABLETA DE LIBERACION RETARDADA                        | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 27 | EFAVIRENZ 600 MG (MOLECULA ORIGINAL) TABLETA                                                 | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 28 | ERITROPOYETINA 30.000 UI/0,6 ML MOLECULA ORIGINALSOLUCION INYECTABLE                         | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 29 | ESOMEPRAZOL 40 MG MOLECULA ORIGINAL TABLETA                                                  | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 30 | EVEROLIMUS 10 MG TABLETA                                                                     | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 31 | FENTANILO CITRATO 16,8 MGPARCHE TRANSDERMICO                                                 | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 32 | IBUPROFENO 600 MG TABLETA                                                                    | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 33 | INTERFERON BETA 1B (BETA FERON) 8.000.000UI-(250MCG)/ML X 15 UNIDADES SOLUCION INYECTABLE    | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 34 | METILPREDNISOLONA 16 MG TABLETA                                                              | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 35 | METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) (100 MCG/0,3 ML) SOLUCION INYECTABLE                   | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 36 | METOXIPOLIETIENGLICOL (EPOETINA BETA) 150 MCG/0,3 ML SOLUCION INYECTABLE                     | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 37 | ROMIPLOSTIM 250 MCG POLVO INYECTABLE                                                         | A DEMANDA | unidad | 10 |  |  |  |  |
| 38 | SUNITINIB 12,5 MG CAPSULA                                                                    | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 39 | SUNITINIB 25 MG CAPSULA                                                                      | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 40 | SUNITINIB 50 MG CAPSULA X 28                                                                 | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 41 | TENOFOVIR 300 MGTABLETAS                                                                     | A DEMANDA | unidad | 90 |  |  |  |  |
| 42 | TOCILIZUMAB 200MG/10ML® SOLUCION INYECTABLE                                                  | A DEMANDA | unidad | 30 |  |  |  |  |
| 43 | TRASTUZUMAB 440MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                                      | A DEMANDA | unidad | 50 |  |  |  |  |
| 44 | TRASTUZUMAB 600 MG/5 ML. POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SUBCUTANEA                             | A DEMANDA | unidad | 30 |  |  |  |  |
| 45 | VALGANCICLOVIR 500 MG Polvo Reconstituir a Solucion o Suspension Oral                        | A DEMANDA | unidad | 20 |  |  |  |  |

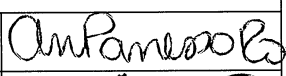
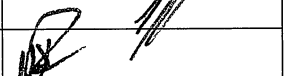
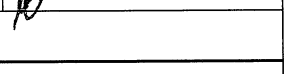
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

#### REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

##### ESPECIFICAS:

1-Se debiera garantizar que los productos ofertados cuenten con Registro Sanitario Invima, en caso de vencimiento dentro de los siguientes 90 días debiera presentarse el tramite de renovacion del mismo.

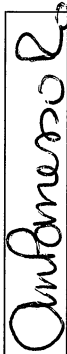
2-Los fabricantes de medicamentos deberan presentar certificado de Buenas Practicas de Manufactura Vigente.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3- Se deberan presentar los documentos tecnicos que permitan verificar el funcionamiento legal del establecimiento acorde con su naturaleza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 4-Para distribuidores mayoristas deberan presentar cartas de distribuidor autorizado por el laboratorio que ofrece los productos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 5-Para establecimientos que manejen medicamentos de control especial se deberá presentar resolucion vigente expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes que incluyan los medicamentos ofertados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 6- En aquellos items en los que se solicite o indique MOLECULA ORIGINAL o se definan los CUM, EXPEDIENTE Y REGISTRO INVIMA, solo se HABILITARAN las propuestas que cumplan con esta condicion.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 7- Los items ofertados deberan corresponder a los principios activos, concentraciones y formas farmaceuticas solicitadas, se calificaran como NO HABILITADOS, las SUSTITUCIONES que a modo propio realice el oferente a los items, en caso de suceder esta sustitucion el oferente en caso de ser habilitado debera cumplir con el item solicitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 8-El oferente debera suministrar acorde con la matriz suministrada en medio magnetico la informacion de CUM en una estructura valida que permita la verificacion por medio del aplicativo COMPROBACION DE CUM del INVIMA, los items que no permitan esta verificacion seran calificados como NO HABILITADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 9- Se debera presentar constancia de inscripcion a la Red Nacional de Farmacovigilancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| TÉCNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         | ECONÓMICOS                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OTROS                                                                                                      |
| CUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>SE REQUIERE VISITA TÉCNICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         | NO                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>GARANTIAS DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| Patrimonio Autónomo<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Póliza Seriedad de la Oferta<br><input checked="" type="checkbox"/>     | Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes<br><input checked="" type="checkbox"/> | Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      | Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares<br><input type="checkbox"/>                 |
| Garantía Bancaria<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Póliza Cumplimiento del Contrato<br><input checked="" type="checkbox"/> | Póliza Estabilidad de Obra<br><input type="checkbox"/>                                    | Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual<br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                             | Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos<br><input type="checkbox"/> |
| <b>ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CÓDIGO : AP-CT-F-01-05                                                                                     |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | VERSIÓN : 5                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PÁGINA : 2 DE 2                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FECHA : 12/06/2018                                                                                         |
| <b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>GENERALES:</b><br>1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.<br>2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.<br>3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.<br>4. SUSCRIBIR EL CONTRATO Y CUANDO A ELLO HUBIERA LUGAR EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN DEL MISMO, ASÍ COMO LOS DEMÁS OTROSÍ QUE SE REQUIERAN PARA EL DEBIDO DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.<br>5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO LA FACTURA 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.<br>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.<br>7. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.<br>8. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>ESPECÍFICAS:</b> 1) Realizar las entregas en los sitios y horarios establecidos por el supervisor del contrato. 2) Los insumos solicitados deberán ser dispensados maximo dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud efectuada por la Subred Norte. 3) El contratista se compromete a cambiar los insumos cuya fecha de expiración sea igual o menor a tres, (3) meses, una vez haya sido notificado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación, aun cuando los contratos celebrados con la ESE cumplan su vigencia y/o vencimiento. 4) Suministrar los insumos objeto de este contrato para los cuales se establece que la fecha de vencimiento de los insumos no podrán ser inferior a un año (1) ó el 75% de la vida útil, al momento de la recepción técnica del insumo en la institución, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante quien debe asegurarias hasta entregar los insumos en la ESE, si es a través de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento. 5) Realizar la reposición de los insumos que resulten deteriorados en el transporte de los mismos, o con defectos de calidad, empaque o conservación, de cuyo reporte le haga la Subred hasta setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción del producto. 6) Garantizar que los insumos entregados estén marcados con el respectivo registro sanitario, lote, fecha de vencimiento en el empaque primario de acuerdo a lo estipulado en el decreto 677 de abril de 1995. 7) Los insumos ofrecidos deben ser fabricados de conformidad con los requisitos exigidos en las Buenas Prácticas de manufactura y control de calidad y las normas legales y reglamentarias vigentes en la materia. Los productos importados deben cumplir con las normas de los artículos 72, 73 y 74 del Decreto 677 de 1995 del Ministerio de Salud. 8) La subred Norte se tendrá la potestad de solicitar el cambio o aclaración frente a insumos que hayan sido reportados por el INVIMA con alertas de farmacovigilancia. Debera aportar el nombre y contacto del referente del programa de farmacovigilancia con el fin de realizar los reportes o sucesos que se puedan relacionar con el uso de los dispositivos medicos adjudicados |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 2 MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| <b>Firmas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre y Firma del solicitante:                                         | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ                                                           | <br><br><br> |                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Firma del Director de la Oficina de Contratación:                       | YANETH SOFIA RODRIGUEZ L.                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:  | ALVARO DE JESUS GALVIS ( e )                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nombre y Firma Gerente:                                                 | YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                     |                     |  |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|------------------------|
| <br>Ministerio de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | ANÁLISIS DE RIESGOS |  | CÓDIGO : AP-CT-F-02-04 |
|                                                                                                                                                                     |                     |  | VERSIÓN : 4            |
|                                                                                                                                                                     |                     |  | PÁGINA : 1 DE 1        |
|                                                                                                                                                                     |                     |  | FECHA : 12/06/2018     |

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

| TIPO DE RIESGO        | TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIFICAR<br>LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)                                                                                                                                                                                                                           | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA                |            |            |           |                                           |            |            |           | IMPACTO                                   |            |            |           | ESTIMACIÓN            | ASIGNACIÓN DEL RIESGO<br>(DEFINICIÓN) | QUIÉN ASUME EL<br>RIESGO | FORMA DE MITIGARLO                                                                                             |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------|------------|-----------|-------------------------------------------|------------|------------|-----------|-------------------------------------------|------------|------------|-----------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Casilla de selección<br>(Escala de 1 a 4) |            |            |           | Casilla de selección<br>(Escala de 1 a 4) |            |            |           | Casilla de selección<br>(Escala de 1 a 4) |            |            |           |                       |                                       |                          |                                                                                                                |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4<br>ALTA                                 | 3<br>MEDIA | 2<br>MEDIA | 1<br>BAJA | 4<br>ALTA                                 | 3<br>MEDIA | 2<br>MEDIA | 1<br>BAJA | 4<br>ALTA                                 | 3<br>MEDIA | 2<br>MEDIA | 1<br>BAJA |                       |                                       |                          |                                                                                                                |
| Casilla de selección  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Casilla de selección<br>(Escala de 1 a 4) |            |            |           |                                           |            |            |           |                                           |            |            |           | 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                                         |            |            |           |                       |                                       |                          | 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                                                       |
| Córeo Electrónico:      | contratosmdtosymidg@subrednorte.gov.co                                                |
| Cargo:                  | Profesional especializado- Direccion administrativa                                   |
| Fecha Elaboración d/m/a | 2018/09/11                                                                            |