	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1
			FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 089-2018

SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE VALIDACIÓN OPERACIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS AUTOCLAVES UBICADAS EN LA DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 0-25 LITROS	UNIDAD	23	
2	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 26-50 LITROS	UNIDAD	1	
3	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 51-150 LITROS	UNIDAD	1	
4	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 251-400 LITROS	UNIDAD	7	
5	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 0-25 LITROS	UNIDAD	23	
6	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 26-50 LITROS	UNIDAD	1	
7	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 51-150 LITROS	UNIDAD	1	
8	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 251-400 LITROS	UNIDAD	7	

PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	07/05/2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	09-05-18 HORA DE CIERRE: 3:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 No. 15 - 41 PISO 1 OFICINA DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) ORIGINA Y UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICO Y ECONOMICO DE LAS PROPUESTAS	10/05/2018
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	11/05/2018
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES	15/05/2018
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LAS EVALUACIONES	16/05/2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	17/05/2018

	JURÍDICOS:
	1. A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO NO. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)
	B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)
	C) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES ANEXO No 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)
	2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO NO. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED)
	3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA DÍAS)
	4. REGISTRO ÚNICO DE PROponentes ACTUALIZADO A ESTADOS FINANCIEROS 2017 (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS)
	5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT
	6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT
	7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
	8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
	9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
	10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
	11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
	12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE, DE LOS APORTES EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES. ANEXO 3
	13. CERTIFICACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
	14. CERTIFICACIÓN BANCARIA

TÉCNICOS:
1. PRESENTAR LOS CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS PATRÓN 2. HOJA DE VIDA DEL PERSONAL QUE REALIZARÁ LA VALIDACIÓN, CON CERTIFICACIÓN ANTE DE LA ENTIDAD COMPETENTE 3. COPIA DE LA CERTIFICACIÓN ONAC PARA LOS PARÁMETROS DE PRESIÓN Y TEMPERATURA 4. PRESENTAR CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE VALIDACIÓN DE LOS EQUIPOS 5. PRESENTAR CARTA DE COMPROMISO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE REALIZARÁ LA ENTREGA DE LOS CERTIFICADOS DE VALIDACIÓN ORIGINALES EN UN TIEMPO NO MAYOR A 8 DÍAS CALENDARIO POSTERIOR A LA VISITA DE VALIDACIÓN
ECONÓMICOS:
EL OFERENTE DEBERÁ OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS REQUERIDOS PARA ESTA INVITACIÓN CON LAS CANTIDADES REQUERIDAS Y DISCRIMINANDO EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL.

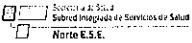
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS
Económicos	SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONOMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS Y TÉCNICOS
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. LA PROPUESTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGUN EL RADICADO DE CORRESPONDENCIA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
Valor	VEINTIDÓS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$22.000.000)	No.	836
Rubro Presupuestal	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS HOSPITALARIOS	Fecha del CDP	20/04/2018

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO			
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	TRES (3) MESES

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS	
Sitio de entrega	EL SERVICIO SE PRESTARÁ PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Forma de entrega	LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PRESENCIAL EN LA SUBRED Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
Garantías de exigibilidad	A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REUNAN 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 10% DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL O SUPERIOR AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

APROBACIÓN	
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras: ENRIQUE PÁEZ FALLA
	Nombre y Firma Dirección de Contratación: ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo: (E) ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS
	Nombre y Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

	SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO : AP-CT-F-01-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4
		PAGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

Fecha de Solicitud d/m/a	02/04/2018	Fecha de Recibido d/m/a	
--------------------------	------------	-------------------------	--

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES
Proceso:	Dirección Administrativa

OBJETO A CONTRATAR

CONTRATAR EL SERVICIO DE VALIDACIÓN OPERACIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS AUTOCLAVES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE cuenta con el proceso de esterilización con el fin de garantizar la efectividad del proceso se hace necesario contar con el servicio de validación de las autoclaves teniendo en cuenta las especificaciones técnicas del fabricante. Por ello se requiere contratar el servicio de validación de las autoclaves de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 0-25 LITROS	23	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
2	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 26-50 LITROS	1	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
3	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 51-150 LITROS	1	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
4	CALIFICACIÓN DE OPERACIÓN AUTOCLAVES 251-400 LITROS	7	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
5	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 0-25 LITROS	23	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
6	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 26-50 LITROS	1	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
7	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 51-150 LITROS	1	Visita	N/A	VALIDACIÓN		
8	CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO AUTOCLAVES 251-400 LITROS	7	Visita	N/A	VALIDACIÓN		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? Si ☐ NO ☒

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

1. Certificados de calibración de los equipos patrón
2. Hoja de vida del personal que realizará la validación, con certificación ante la entidad competente
3. Copia de la certificación Onac para los parámetros de presión y temperatura.
4. Carta de compromiso para el cumplimiento de validación estipulado por la Subred Norte ESE
5. Carta de compromiso de entrega de los certificados de validación originales en un tiempo no mayor a 8 días calendario posterior a la visita de validación

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

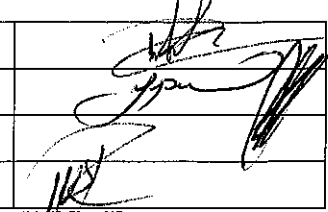
1. CUMPLIR CABALMENTE CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON LA OPORTUNIDAD, CUBRIMIENTO, EFICACIA Y CALIDAD REQUERIDOS.
2. ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO LAS MISMAS CONDICIONES OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
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.
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.
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
7. VELAR POR MANTENER EL BUEN NOMBRE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., OBRANDO DE MANERA HONESTA Y RESPONSABLE.
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 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.

690
9-04-18
2-17-18

ESPECÍFICAS:

1. Realizar validación de las autoclaves teniendo en cuenta las recomendaciones de fabricante, para los procesos de validación de operación y desempeño.
2. Establecer un cronograma de actividades aprobado por el supervisor del contrato y en el formato establecido.
3. Brindar garantía de la mano de obra y comprometerse a reparar los daños, por manipulación inadecuada de los equipos, así como también asumir los daños que se presenten en desarrollo del objeto contratado cuando se deriven de la negligencia o errores propios.
4. Elaboración y registro de las actividades en las hojas de vida de los equipos y para los certificados de calibración deberán hacer llegar original y otra en formato digital (PDF) para el área de Ingeniería Biomédica, con firma del ingeniero responsable de la empresa.
5. Entregar los certificados de calibración originales en la unidad en la que sea indicado y en un plazo no mayor a 8 días calendario después de la visita.
6. En caso de que los equipos calibrados requieran ajuste, la empresa debe realizar dichos ajustes y garantizar el correcto funcionamiento del equipo.
7. En caso de que el equipo no obtenga un resultado positivo en la calibración, el proveedor debe realizar el ajuste y recalibración sin costo adicional.
8. En caso de que se requieran correcciones en los certificados de calibración, estos deben ser recogidos en un plazo no mayor a 48 horas después de la notificación y entregados nuevamente en un plazo no mayor a 72 horas sin generar costo adicional.
9. Para los casos en que los equipos requieran salir de la institución para su calibración, esto debe ser autorizado por el supervisor del contrato previa presentación del soporte técnico. En caso de ser necesario y el período de la calibración sea mayor a (5) cinco días el contratista sin cargo alguno al contrato reemplazará el equipo por uno de similares características, en calidad de préstamo, por el tiempo que dure esta intervención. Los gastos que se generen por este hecho correrán a cargo de la empresa prestadora del servicio. Esto se realizará siempre y cuando el equipo sea de vital importancia para el servicio en el cual se encuentra ubicado.
10. Asumir los gastos de la adquisición de materiales, equipos, herramientas, transporte, personal y/o cualquier otro necesario para el desarrollo del objeto del contrato.
11. Dotar al personal con elementos de seguridad industrial acordes al tipo de riesgo.
12. Las demás obligaciones que se generen de acuerdo a la naturaleza del contrato.

Plazo estimado de ejecución del contrato (Indicar para cuanto tiempo) 6 MESES

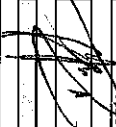
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	ROYER ALBERTO SUTANEME CORTÉS	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	YANET SOFIA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud (E):	ALVARO DE JESÚS GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

* Este campo es diligenciado por la Dirección receptora: ¿El bien o servicio solicitado se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad? SI ☐ NO ☐

Observaciones:

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

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA								IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO
		4		3	2	1	4		3	2	1					
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA							
			ALTA	BAJA	ALTA		BAJA									
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoga solo una)				Casilla de selección (Escoga solo una)				Generación automática				Generación automática	Generación automática	
OPERACIONAL:	En caso de no suscribirse el contrato se puede generar suspensión del servicio			2		4						6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE		
REGULATORIO:	Incumplimiento en los requerimiento de dotación resolución 2003 de 2014		3			4							ALTO - MITIGARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA		
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				
												0				

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	ROYER ALBERTO SUTANEME CORRES
Cargo:	GESTOR DE INGENIERÍA BIOMÉDICA
Fecha Elaboración d/m/a	02/04/2018

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Abril 20 De 2018

CDP. No.

836

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

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

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232103010000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210301

NOMBRE RUBRO.....: MANTENIMIENTO EQUIPOS HOSPITALARIOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 29,841,200.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 373,766,471.00

SALDO DE APROPIACION : 403,607,671.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:SERVICIO DE VALIDACION OPERACION Y DESEMPEÑO DE LA
S AUTOCLAVES DE LA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE : 22,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 22,000,000.00

VEINTIDOS MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 29,841,200.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 351,766,471.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte3@gmail.com

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

Referencia: Propuesta para “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE VALIDACIÓN OPERACIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS AUTOCLAVES UBICADAS EN LA DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Documento: ORIGINAL No. FOLIOS _____

Anexos: _____ folios, Medios Magnéticos _____

Proponente: Nombre de la Persona Natural, Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 2

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte3@gmail.com

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

Bogotá D.C

Referencia: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE VALIDACIÓN OPERACIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS AUTOCLAVES UBICADAS EN LA DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Nosotros los suscritos: _____ (Nombre del proponente) de acuerdo lo establecido en la invitación a cotizar, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación a cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de _____.

Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente a: SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE VALIDACIÓN OPERACIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS AUTOCLAVES UBICADAS EN LA DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

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 a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de

Ciudad y fecha _____

Nota: la presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese cargo y se enuncie en la respectiva cámara de comercio.

En caso que la empresa tenga 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)