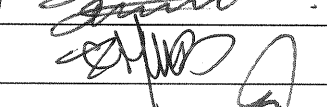
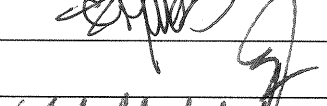
	INVITACIÓN A COTIZAR					CÓDIGO: AP-CT-F-04-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 22/05/2020
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>141 - 2020 S.NTE</u>						
OBJETO A CONTRATAR	COMPRA DE EQUIPOS E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO, NECESARIOS PARA EL ANALISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA EN LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE A NIVEL DISTRITAL.					
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Multiparámetro portátil pH/ORP/CE/Temperatura	Unidad	2		Rango de Potencial de Hidrogeno (pH) = 0.00 a 14.00 Resolución pH 0.01 Rango de Conductividad Eléctrica (CE) = 0 a 9999 µS/cm Resolución 1 µS/cm Rango Sólidos Disueltos Totales (TDS) = 0 a 9999 ppm Resolución: 1 ppm (mg/L)	
2	FOTOMETRO MULTIPARAMETRO DE SOBRE MESA Y MEDIDOR DE PH	Unidad	1		Parametro cloro libre 0.00 a 5.00 mg /l resolucion 0.01 mg /l . Parametro color 0.00 a 500 PCU resolucion 1 PCU. Parametro Hierro 0.00 a 5.00 mg /l resolucion 0.01 mg /l. Parametro manganeso 0 a 20 mg /l resolucion 0.1 mg /l	
3	KIT DE REACTIVO PARA CLORO LIBRE	CAJA POR 300 SOBRES	12		RANGO 0.00 A 5.00 MG/L DE CL2 RESOLUCIÓN 0.01 MG/L PRECISIÓN ±0.03 MG/L ±3% MÉTODO ADAPTACIÓN DEL MÉTODO USEPA 330.5 Y EL MÉTODO ESTÁNDAR 4500 - CL G	
4	KIT DE REACTIVO PARA HIERRO RANGO ALTO	CAJA POR 300 SOBRES	12		RANGO 0.00 A 5.00 MG/L DE FE RESOLUCIÓN 0.01 MG/L PRECISIÓN ±0.04 MG/L ±2% DE LA LECTURA @ 25 °C, CUALQUIERA QUE SEA MAYOR MÉTODO ADAPTACIÓN DEL MÉTODO USEPA 315B Y EL MÉTODO ESTÁNDAR 3500 - FE B	
5	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN DE CONDUCTIVIDAD 1413 µS/CM	BOTELLA 500 mL	2		VALOR EC @25°C 1413 µS/CM	
6	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN DE CONDUCTIVIDAD 84 µS/CM	BOTELLA 500 mL	2		VALOR EC @25°C 84 µS/CM	
7	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN pH pH 4.01	FRASCO POR 500 mL	2		VALOR PH @25°C 4.01 CERTIFICADO DE ANÁLISIS	
8	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN pH pH 7.01	FRASCO POR 500 mL	2		VALOR PH @25°C 7.01 CERTIFICADO DE ANÁLISIS	
9	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN pH pH 10.01	FRASCO POR 500 mL	2		VALOR PH @25°C 10.01 CERTIFICADO DE ANÁLISIS	
10	Solución de almacenamiento de electrodo	FRASCO POR 500 mL	2		NINGUNA	
11	SOLUCION DE CALCHEK CUVETTE KIT PARA HI83300	SET	1		SOLUCION DE CALCHEK CUVETTE KIT PARA HI83300	
12	ESTÁNDAR DE CALIBRACIÓN PARA TURBIDEZ	SET	1		ESTÁNDARES SELLADOS: 0, 10 y 500 FTU	
13	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos de muestreo HI 83300, Multiparámetro portátil pH/ORP/CE/Temperatura, Hanna HI 93414, Hanna HI727, Hanna 9811-5, Hanna HI98721, Hanna HI 96721	SERVICIO	2		EL SERVICIO SE REQUIERE 2 VECES AL AÑO CADA 6 MESES	
14	KIT DE TOMA DE PARAMETROS INSITU PARA AGUA	unidad	6		Kit de PH y Cloro / Test Kit PH y Cloro para piscinas, acueductos e industria alimentaria	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN						
SEGÚN ANEXO						



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO: AP-CT-F-04-05	
			VERSIÓN: 5	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 3	
			FECHA: 22/05/2020	
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE	JURÍDICOS: 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 5 FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6 FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 7 FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% 8 FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 9 CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10 CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11 CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12 CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 13 CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. 14 CERTIFICACIÓN BANCARIA			
	SARLAFT: 1 AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2 ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD). 3 FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.			
	NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.			
	TÉCNICOS: 1 El proponente debe certificar que se compromete a realizar la revisión y diagnóstico del estado del equipo, como mínimo 5 veces al año. 2 El proponente debe relacionar como mínimo 3 contratos donde certifique experiencia en la venta de estos productos. 3 El proponente debe entregar certificado de calidad del equipo, que garantice que viene calibrado de fabrica, antes de la entrega, de acuerdo con las especificaciones de precisión, resolución y rango de medición de cada parámetro, según las especificaciones del equipo y de la ficha técnica. 4 El proponente debe suministrar certificaciones de garantía acorde a la ficha técnica de cada equipo. 5 El proponente debe suministrar el manual de usuario de cada equipo en formato original y en idioma castellano. 6 El proponente debe hacer entrega de la ficha técnica de los elementos ofertados donde se especifiquen las características técnicas del equipo. 7 El proponente debe suministrar carta firmada donde se compromete a entregar los reactivos y soluciones con una fecha de vencimiento mayor a dos (2) años.			
	ECONÓMICOS: 1 PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS. (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2 LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 3 LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. 4 LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.			
	CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
	JURÍDICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
	SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO: AP-CT-F-04-05	
			VERSIÓN: 5	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 3	
			FECHA: 22/05/2020	
TÉCNICOS	CUMPLE O NO CUMPLE Y/O CALIFICACIÓN			
ECONÓMICOS	MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL VALOR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT Y TÉCNICO.			
CRITERIOS DE DESEMPATE	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
VALOR	VEINTIDÓS MILLONES SETECIENTOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES DE PESOS M/CTE (\$22.700.643)		CDP No.	1820
RUBRO PRESUPUESTAL	ADQUISICIÓN DE BIENES PIC		FECHA DE CDP	1/09/2020
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO				
FORMA DE PAGO	(90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PLAZO DE EJECUCIÓN APROXIMADO	DOCE (12) MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
SITIO DE ENTREGA	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
GARANTÍAS DE ECIGIBILIDAD	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			
	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.			
	LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.			
CRITERIOS DE RECHAZO DE UNA OFERTA				
1. CUANDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS, FINANCIERAS Y LEGALES DE LA PROPUESTA NO LO PERMITA. 2. CUANDO SE DEMUESTRE LA PARTICIPACIÓN DE UN OFERENTE EN VARIAS PROPUESTAS. 3. CUANDO SE SOLICITE ALGUNA ACLARACIÓN Y NO SEA ENVIADO EN DICHO TÉRMINO. 4. CUANDO LA PROPUESTA SEA PRESENTADO EN LUGAR O FECHAS DIFERENTE AL CRONOGRAMA. 5. CUANDO EL OFERENTE PRESENTE INFORMACIÓN INEXACTA O NO CORRESPONDA A LA VERDAD. 6. CUANDO EXISTAN MOTIVOS QUE IMPIDAN LA ESCOGENCIA OBJETIVA DE LA OFERTA Y PROPONENTE. 7. CUANDO EL VALOR DE LA OFERTA ECONÓMICA SEA SUPERIOR AL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO AL PROCESO.				
	GENERALES:			
	1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.			
	2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.			
	3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.			
	4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .			
	5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.			
	6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.			
	7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-04-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 22/05/2020
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. 11. LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS 1. REALIZAR LA ENTREGA EN EL ALMACEN DE LA SUBRED, Y PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED NORTE SEGÚN LO INDICADO, EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD QUE SE DESIGNA EL SUPERVISOR PARA ELLO DENTRO DEL PLAZO CONTEMPLADO. 2. CUMPLIR CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS PARA LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS DE ACUERDO A LA SOLICITUD DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 3. ENTREGAR JUNTO CON LOS EQUIPOS LAS RESPECTIVAS FICHAS TÉCNICAS EN IDIOMA ESPAÑOL, EN MEDIO FÍSICO Y DIGITAL. 4. REALIZAR LA ENTREGA DE LA HOJA DE VIDA DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS. 5. ENTREGAR CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN. 6. EL CONTRATISTA DEBE ASUMIR LOS COSTOS DE DESPLAZAMIENTO PARA LA ENTREGA DEL PRODUCTO. 7. EL CONTRATISTA DEBE REALIZAR EL CAMBIO DE LOS PRODUCTOS DEFECTUOSOS O QUE ENTREGUEN EN MALAS CONDICIONES SIN QUE ESTE LE GENERE UN COSTO ADICIONAL A LA SUBRED Y DEBEN SER ENTREGADOS EN EL LUGAR Y FECHA ACORDADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO		
ACLARACIONES			
EN CASO DE ACLARACIONES	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES A TRAVÉS DE SECOP II		
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 1 : CARTA DE PRESENTACION DE LAS PROPUESTAS ANEXO 2 : CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES ANEXO 3 : COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 4 : SARLAFT EMPRESA ANEXO 5 : ANEXO ECONOMICO		
APROBACIÓN			
FIRMAS	Coordinador de Bienes y Servicios:	LUIS ERNESTO CHAPARRO VARGAS	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. MONICA BRIGETTE CELY RAMOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. FABIO CORTES CRUZ	
	Nombre y Firma Gerente:	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO	

INVITACIÓN A VEEDURÍA CIUDADANA

CÓDIGO: AP-CT-F-03-05

VERSIÓN: 5

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

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA: 18/05/2020

INFORMACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO

TIPO DE PROCESO

(Marque con una X
dependiendo el tipo de
proceso)

A.(X) CONTRATACIÓN DIRECTA/INVITACIÓN A
COTIZAR

B.() CASOS ESPECIALES DE LA CONTRATACIÓN DIRECTA

C.() CONVOCATORIA
PÚBLICA

D.() OTROS MECANISMOS DE
SELECCIÓN

OBJETO A CONTRATAR

COMPRA DE EQUIPOS E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO, NECESARIOS PARA EL ANALISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA EN LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE A NIVEL DISTRITAL.

El presente proceso de selección se surtirá de acuerdo a lo establecido en el Manual de Contratación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, en atención del cumplimiento de los principios de la contratación estatal y/o la función pública

Cordialmente,



Mónica Brigitte Cely Ramos
Directora de Contratación

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN 141 - 2020 S.NTE	
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	14/10/2020
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR	15/10/2020
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LA INVITACIÓN	16/10/2020
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 19/10/2020 HORA: 11:00 A.M Plataforma SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 19/10/2020 HORA: 11:10 A.M Plataforma SECOP II
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	ENTRE EL 19/10/2020 y 21/10/2020
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES INICIALES	21/10/2020
OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES INICIALES	22/10/2020 11:00A.M
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS	23/10/2020
REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.

FECHA DE EXPEDICIÓN: Septiembre 1 De 2020

CDP. No. 1820

ORIGINAL

ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS

CÓDIGO: AP-CT-F-01-06

VERSIÓN: 6

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

PÁGINA: 1 DE 2

FECHA: 22/05/2020

FECHA DE SOLICITUD D/M/A

10/08/2020

FECHA DE RECIBIDO D/M/A

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

ISABEL CRISTINA GALLEGU SUAREZ

PROCESO:

GESTION DEL RIESGO -PSPIC

CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:

dirgestiondelriesgonorte@gmail.com

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

PERFIL O CARGO

COORDINADORA PSPIC

PAA () PROYECTO (X)

OBJETO A CONTRATAR

COMPRA DE EQUIPOS E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO, NECESARIOS PARA EL ANALISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA EN LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE A NIVEL DISTRICTAL.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

CON EL FIN DE REALIZAR LAS DIFERENTES INTERVENCIONES DE VIGILANCIA RUTINARIA, INCLUIDAS LAS QUE SE REQUIERE TOMA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS DE AGUA, (PISCINAS, SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO, POZOS DE AGUA PARA CONSUMO, CARRO TANQUES, ATENCIÓN DE QUEJAS Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON CALIDAD DEL AGUA), LA SUB RED DEBERÁ PROPORCIONAR LOS EQUIPOS DE MUESTREO QUE GARANTICEN PRECISIÓN Y CONFIABILIDAD, EN LOS RESULTADOS DE LOS PARÁMETROS MONITOREADOS IN SITU (TEMPERATURA, PH, COLOR, TURBIDEZ, CONDUCTIVIDAD, CLORO RESIDUAL LIBRE, HIERRO), Y ASI DAR CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO No. PCNTR1584705-20

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN	P.A.A.
1	Multiparámetro portátil pH/ORP/CE/Temperatura	2	Unidad	2	Rango de Potencial de Hidrogeno (pH) = 0.00 a 14.00 Resolución pH 0.01 Rango de Conductividad Eléctrica (CE) = 0 a 9999 µS/cm Resolución 1 µS/cm Rango Sólidos Disueltos Totales (TDS) = 0 a 9999 ppm Resolución: 1 ppm (mg/L)		
2	FOTOMETRO MULTIPARAMETRO DE SOBRE MESA Y MEDIDOR DE PH	1	Unidad	1	Parametro cloro libre 0.00 a 5.00 mg /l resolucion 0.01 mg /l . Parametro color 0.00 a 500 PCU resolucion 1 PCU. Parametro Hierro 0.00 a 5.00 mg /l resolucion 0.01 mg /l. Parametro manganeso 0 a 20 mg /l resolucion 0.1 mg /l		
3	KIT DE REACTIVO PARA CLORO LIBRE	12	CAJA POR 300 SOBRES	12	RANGO 0.00 A 5.00 MG/L DE CL2 RESOLUCIÓN 0.01 MG/L PRECISIÓN ±0.03 MG/L ±3% MÉTODO ADAPTACIÓN DEL MÉTODO USEPA 330.5 Y EL MÉTODO ESTÁNDAR 4500 - CL G		
4	KIT DE REACTIVO PARA HIERRO RANGO ALTO	12	CAJA POR 300 SOBRES	12	RANGO 0.00 A 5.00 MG/L DE FE RESOLUCIÓN 0.01 MG/L PRECISIÓN ±0.04 MG/L ±2% DE LA LECTURA @ 25 °C, CUALQUIERA QUE SEA MAYOR MÉTODO ADAPTACIÓN DEL MÉTODO USEPA 315B Y EL MÉTODO ESTÁNDAR 3500 - FE B		
5	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN DE CONDUCTIVIDAD 1413 µS/CM	2	BOTELLA 500 mL	2	VALOR EC @25°C 1413 µS/CM		
6	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN DE CONDUCTIVIDAD 84 µS/CM	2	BOTELLA 500 mL	2	VALOR EC @25°C 84 µS/CM		
7	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN pH pH 4.01	2	FRASCO POR 500 mL	2	VALOR PH @25°C 4.01 CERTIFICADO DE ANÁLISIS		
8	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN pH pH 7.01	2	FRASCO POR 500 mL	2	VALOR PH @25°C 7.01 CERTIFICADO DE ANÁLISIS		
9	SOLUCIÓN DE CALIBRACIÓN pH pH 10.01	2	FRASCO POR 500 mL	2	VALOR PH @25°C 10.01 CERTIFICADO DE ANÁLISIS		
10	Solución de almacenamiento de electrodo	2	FRASCO POR 500 mL	2	NINGUNA		
11	SOLUCION DE CALCHEK CUVETTE KIT PARA HI83300	1	SET	1	SOLUCION DE CALCHEK CUVETTE KIT PARA HI83300		
12	ESTÁNDAR DE CALIBRACIÓN PARA TURBIDEZ	1	SET	1	ESTÁNDARES SELLADOS: 0, 10 y 500 FTU		

1096

13	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos de muestreo HI 83300, Multiparámetro portátil pH/ORP/CE/Temperatura, Hanna HI 93414, Hanna HI727, Hanna 9811-5, Hanna HI98721, Hanna HI 96721	2	SERVICIO	2	EL SERVICIO SE REQUIERE 2 VECES AL AÑO CADA 6 MESES		
14	KIT DE TOMA DE PARAMETROS INSITU PARA AGUA	6	unidad	6	Kit de PH y Cloro / Test Kit PH y Cloro para piscinas, acueductos e industria alimentaria		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO **X**__

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

TÉCNICOS (X)	ECONÓMICOS (X)	OTROS ()	CUALES:
----------------	------------------	-----------	---------

CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

1. El proponente debe certificar que se compromete a realizar la revisión y diagnóstico del estado del equipo, como mínimo 5 veces al año.
2. El proponente debe relacionar como mínimo 3 contratos donde certifique experiencia en la venta de estos productos.
3. El proponente debe entregar certificado de calidad del equipo, que garantice que viene calibrado de fabrica, antes de la entrega, de acuerdo con las especificaciones de precisión, resolución y rango de medición de cada parámetro, según las especificaciones del equipo y de la ficha técnica.
4. El proponente debe suministrar certificaciones de garantía acorde a la ficha técnica de cada equipo.
5. El proponente debe suministrar el manual de usuario de cada equipo en formato original y en idioma castellano.
6. El proponente debe hacer entrega de la ficha técnica de los elementos ofertados donde se especifiquen las características técnicas del equipo.
7. El proponente debe suministrar carta firmada donde se compromete a entregar los reactivos y soluciones con una fecha de vencimiento mayor a dos (2) años.

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA

SI ()	NO (X)
--------	----------

GARANTÍAS DEL CONTRATO

PATRIMONIO AUTÓNOMO ()	PÓLIZA PAGO DE SALARIO, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES ()	PÓLIZA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE BIENES (X)	PÓLIZA SERIEDAD DE LA OFERTA ()	PÓLIZA SEGURO DE MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS PARA PARTICULARES ()
GARANTÍA BANCARIA ()	POLIZA PROVISION DE REPUESTOS , ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ()	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (X)	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA ()	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ()

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-01-06
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSION: 6
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 2 DE 2 FECHA: 22/05/2020

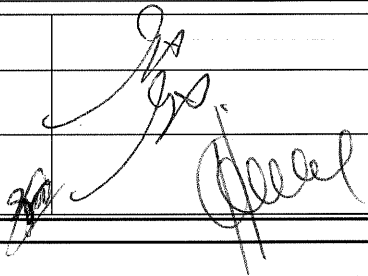
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.
9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.
10. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
11. LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECÍFICAS:

1. REALIZAR LA ENTREGA EN EL ALMACEN DE LA SUBRED, Y PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED NORTE SEGÚN LO INDICADO, EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD QUE SE DESIGNE EL SUPERVISOR PARA ELLO DENTRO DEL PLAZO CONTEMPLADO.
2. CUMPLIR CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS PARA LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS DE ACUERDO A LA SOLITUD DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
3. ENTREGAR JUNTO CON LOS EQUIPOS LAS RESPECTIVAS FICHAS TÉCNICAS EN IDIOMA ESPAÑOL, EN MEDIO FÍSICO Y DIGITAL.
6. REALIZAR LA ENTREGA DE LA HOJA DE VIDA DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS.
7. ENTREGAR CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN.
8. EL CONTRATISTA DEBE ASUMIR LOS COSTOS DE DESPLAZAMIENTO PARA LA ENTREGA DEL PRODUCTO.
9. EL CONTRATISTA DEBE REALIZAR EL CAMBIO DE LOS PRODUCTOS DEFECTUOSOS O QUE ENTREGUEN EN MALAS CONDICIONES SIN QUE ESTE LE GENERE UN COSTO ADICIONAL A LA SUBRED Y DEBEN SER ENTREGADOS EN EL LUGAR Y FECHA ACORDADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)			
12 MESES			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA			
1. CUANDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS, FINANCIERAS Y LEGALES DE LA PROPUESTA NO LO PERMITA. 2. CUANDO SE DEMUESTRE LA PARTICIPACIÓN DE UN OFERENTE EN VARIAS PROPUESTAS. 3. CUANDO SE SOLICITE ALGUNA ACLARACIÓN Y NO SEA ENVIADO EN DICHO 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.			
Firmas	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: Elaboró	ISABEL CRISTINA GALLEGO SUAREZ	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ÁREA Aprobó	ISABEL CRISTINA GALLEGO SUAREZ	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN: Revisó	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
OBSERVACIONES:			



ANÁLISIS DE RIESGOS

CÓDIGO : AP-CT-F-02-03

VERSIÓN : 3

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

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA : 11/10/2017

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 ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática
AMBIENTALES:	DAÑOS AMBIENTALES OCASIONADOS POR EL MATERIAL EN QUE ESTA ELABORADO EL PRODUCTO				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA
DE LA NATURALEZA:	EVENTOS NATURALES QUE PUEDAN OCASIONARSE DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO.			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE
OPERACIONAL:	POR INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL PRODUCTO O LO RELACIONADO CON LA CALIDAD DEL MISMO			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE
ECONÓMICOS:	FACTORES ECONOMICOS QUE PUEDAN AFECTAR LA ADQUISICION DEL PRODUCTO		3					2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
FINANCIERO:	NO CONTAR CON EL RECURSO PARA LA ADQUISICION DEL PRODUCTO		3					2		5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
REGULATORIO:	DEMORA EN LA RADICACIÓN OPORTUNA DE LAS CUENTAS POR PARTE DEL CONTRATISTA, DEMORA EN LA LEGALIZACION DEL CONTRATO, POR FALTA DE FIRMAS U OTRO REQUISITO DE TIPO LEGAL PARA SU INCONFORMIDAD DE LA COMUNIDAD Y AGREMIACIONES POR LA NO PRESTACION DEL SERVICIO O INADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS LOS CUALES PUEDEN AFECTAR LA VIDA DE LAS PERSONAS.		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
SOCIALES O POLÍTICOS:							3			3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE
										0		
										0		
										0		
										0		

ELABORADO POR

Firma:

Nombre:

Cargo:

Fecha Elaboración d/m/a

ISABEL CRISTINA GALLEG0 SUAREZ

DIRECTORA GESTION DEL RIESGO

10/08/2020

ANEXO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte7@gmail.com

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

Bogotá D.C

REFERENCIA: Propuesta para la “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente A **“COMPRA DE EQUIPOS E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO, NECESARIOS PARA EL ANALISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA EN LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE A NIVEL DISTRITAL..”**

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

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

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Valor de la Oferta (letras y Números):

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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

FIRMA

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

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

ANEXO 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2		
			PÁGINA: 1 DE 3		
				FECHA: 06/05/2019	
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL		NIT			
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
				NOMBRES	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NUMERO:	
				LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	
				NACIONALIDAD (1)	
				NACIONALIDAD (2)	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS		DEPARTAMENTO	
				CIUDAD	
				TELÉFONO/FAX	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS	
				TELÉFONO/FAX	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)					
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		SI ☐ NO ☐		RENTA/CREE	
				SI ☐ NO ☐	
				IVA	
				SI ☐ NO ☐	
				ICA	
				SI ☐ NO ☐	
				CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
				PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR	
				SI ☐ NO ☐	
				AGENTE AUTORETENEDOR	
				SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS					
SI ☐ NO ☐					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO					
SI ☐ NO ☐					
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL					
SI ☐ NO ☐					
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA					
SI ☐ NO ☐					
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
				NUMERO IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:					
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☐			
REDESCUENTO ☐		EXPORTACIONES ☐		LEASING ☐	
PAGO DE SERVICIOS ☐		PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		SERVICIOS ☐	
				OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	
				IMPORTACIONES ☐	
				OTRA ☐ Especifique cual: _____	
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN	
				CIUDAD	
				PAÍS	
				MONEDA	
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): 2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano. 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera. 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique) 7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa. 4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado. 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.		
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN		
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente: *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. *Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.		

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, <u>(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.		
9. FIRMA Y HUELLA		
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES		
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre y Cargo de quien verifica:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Firma y Cédula		