	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO: AP-CT-F-57-01
			VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 3
			FECHA : 22/05/2020

INVITACIÓN A COTIZAR No. 037-2021 S.NTE.

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, NEUROCIRUGÍA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
---------------------------	---

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	Especificación Técnica	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	OBSERVACIONES
1	FRESAS Y CUCHILLAS PARA CRANEOTOMIA / COLUMNA DIFERENTES MEDIDAS/ FRESAS DIAMANTADAS		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	EL OFERENTE DEBERA COTIZAR CADA ÍTEM Y ANEXAR LOS ELEMENTOS DE LOS CUALES ESTA COMPUESTO EN SU TOTALIDAD, CUALQUIER OMISION EN LOS ÍTEMS SERA RESPONSABILIDAD DEL OFERENTE. NO SE ADMITEN QUE LOS ELEMENTOS DE LA MISMA DESCRIPCIÓN DE MEDIDA O DIAMETRO TENGAN DIFERENTE VALOR.
2	ACEITE LUBRICANTE		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
3	PARCHES DE DURAMADRE 2.5*7.5cm - 4cm*4cm no suturable		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
4	PARCHES DE DURAMADRE 5*5 cm no suturable		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
5	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm no suturable		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
6	PARCHES DE DURAMADRE 10*12 cm no suturable		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
7	PARCHES DE DURAMADRE 2.5*7.5cm - 5cm*5cm		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
8	PARCHES DE DURAMADRE 5*5 cm - 5*8 cm		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
9	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm - 8*14		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
10	PARCHES DE DURAMADRE 10*12 cm		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
11	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION BAJA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
12	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION MEDIA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
13	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION ALTA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
14	VALVULA PROGRAMABLE DERIVACIÓN VENTRÍCULOOPERITONEAL		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
15	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA PROGRAMABLES PARA ADULTO		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
16	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA PROGRAMABLES PEDIATRICA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
17	CATETER VENTRICULAR		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
18	CATETER PERITONEAL		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
19	CONECTOR RECTO		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
20	CONECTOR EN Y (METÁLICO)		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
21	CATETER CON ANTIBIOTICO		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
22	RESERVORIO PARA HIDROCEFALIA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
23	BOLSAS DE RECOLECCION / RESPUESTO SISTEMA DE DRENAJE POR 5 UNIDADES		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
24	SISTEMA DE DRENAJE EXTERNO INCLUYE CATETER VENTRICULAR, PUNZON, BOLSA Y REGLA EN UNA SOLA CAJA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
25	KIT CATETERES VENTRICULAR Y PERITONEAL CON ANTIBIOTICO		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	

71

26	SELLANTE DE DURAMADRE PARA COLUMNA 3 ML		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	ANEXAR LOS ELEMENTOS DE LOS CUALES ESTA COMPUESTO EN SU TOTALIDAD, CUALQUIER OMISION EN LOS ÍTEMS SERA RESPONSABILIDAD DEL OFERENTE. NO SE ADMITEN QUE LOS ELEMENTOS DE LA MISMA DESCRIPCIÓN DE MEDIDA O DIAMETRO TENGAN DIFERENTE VALOR.
27	SELLANTE DE DURAMADRE PARA CRANEO 5 ML		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
28	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 1 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
29	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 2.5 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
30	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 5 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
31	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 10 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
32	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS 2.5*5		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
33	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
34	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*5 cm		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
35	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 5 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
36	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 15 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
37	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 30 cc		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
38	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
39	FIBRAS DE MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
40	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 5 CC		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
41	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 10 CC		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
42	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 20 CC		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	
43	SIERRAS DE GIGLY		A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

SEGÚN ANEXO

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
- 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 - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
- 11 CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
- 12 CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.
- 13 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**).

**DOCUMENTOS SOPORTES
QUE DEBE ANEXAR EL
PROPONENTE**

- 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.

TÉCNICOS:

- 1 EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR FICHAS TÉCNICAS EN MEDIO MAGNÉTICO POR CADA ÍTEM DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS OFERTADO.
- 2 CERTIFICADO DE CONDICIONES SANITARIA DEL INVIMA PARA DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS.
- 3 CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO (CCCA). DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICO, DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA
- 4 REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MÉDICO QUIRÚRGICO (DEBE DE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA.
ALLEGAR CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE, DEBIDAMENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CASA MATRIZ O EL QUIEN HAGA SUS VECES, SEGÚN SEA EL CASO, LA INFORMACIÓN DEBE SER VERIFICABLE (DATOS DE CONTACTO), O ALLEGAR CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO EN DONDE SE ENCUENTRE INSCRITO EL OFERENTE Y QUE DEMUESTRE DICHAS CALIDADES.
- 5 INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA (PANTALLAZO DE LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNO VIGILANCIA ANTE EL INVIMA), LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LAS CONDICIONES DIRECTAMENTE EN EL INVIMA.
EL DISTRIBUIDOR DEBE ADJUNTAR EL CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LA VISITA QUE REALIZA LA SECRETARÍA DE SALUD AL DISTRIBUIDOR, DONDE CONSTA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS Y QUE HAYA SIDO REALIZADA EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS.
- 6 CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN DONDE GARANTIZA QUE EN CASO DE SALIR ADJUDICATARIO DEL PROCESO, REALIZARÁ LA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE EQUIPOS, INSUMOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PRESENTE INVITACIÓN AL PERSONA DE SALAS DE CIRUGÍA DE LA ENTIDAD.
- 7 CARTA DE COMPROMISO DEL REPRESENTANTE LEGAL DONDE GARANTICE LOS STOCK DISPONIBLES DE FORMA INMEDIATA EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE ACUERDO A LA DEMANDA, ASI COMO DISPONIBILIDAD DE PROFESIONALES PARA EL SOPORTE TÉCNICO SOLICITADO EN LAS INTERVENCIONES.
- 8 CERTIFICACIÓN PROFERIDA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE SE ESPECIFIQUE QUE, UNA VEZ UTILIZADO EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, TENDRÁN DISPONIBILIDAD DE SELLOS DE SEGURIDAD Y/ O CANDADOS DE CIERRE, LOS CUALES SERÁN COLOCADOS POR EL PERSONAL DE SOPORTE TÉCNICO, OPTIMIZANDO EL TIEMPO DE DEVOLUCIÓN.
- 9 CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE, EN DONDE GARANTIZARÁ EL REEMPLAZO DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO, POR VENCIMIENTO Y/O VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS: CUANDO LA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA MENOR A SEIS (6) MESES, Ó EL 75% DE SU VIDA ÚTIL, DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
- 10 DISPONIBILIDAD DE BODEGAS DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION: EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, ACREDITANDO QUE CUENTAN CON MÍNIMO UNA(S) BODEGA(S) Y/O CONTRATO(S) SUSCRITO(S) CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN, QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS EN EL DECRETO 4725 DE 2005 "POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS, PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA USO HUMANO". ASÍ MISMO, DEBERÁ INDICAR DATOS DE UBICACIÓN DE LAS BODEGAS COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN. LA UBICACIÓN DE LAS BODEGAS DEBE SER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O MUNICIPIOS COLINDANTES.
- 11 EQUIPOS EN COMODATO: EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR CARTA DE COMPROMISO DEBIDAMENTE SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, DONDE GARANTICE QUE EN CASO DE SER ADJUDICADO EL CONTRATO, SUMINISTRARÁ EN PRÉSTAMO DE USO EL EQUIPO DE CRANEOTOMÍA REQUERIDO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS FRESAS Y CUCHILLAS PARA CRANEOTOMÍA / COLUMNA DIFERENTES MEDIDAS/ FRESAS DIAMANTADAS SEÑALADAS EN EL ÍTEM 1 DE LA DESCRIPCION TECNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR. SE ENTENDERÁ QUE LA PROPUESTA INCLUYE EL SUMINISTRO DE DICHO EQUIPO, CUYOS ELEMENTOS ENTREGADOS EN COMODATO DEBEN SER COMPATIBLES CON LOS INSUMOS A CONTRATAR. NO OBSTANTE, LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL CAMBIO, CUANDO ADVIERTA QUE EL MISMO NO ES COMPATIBLE A CABALIDAD CON LOS ELEMENTOS SUMINISTRADOS. "
- 12
- 13

ECONÓMICOS:

- 1 PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (ANEXO 5 ENTREGADO POR LA SUBRED)
- 2 LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 120 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.

m

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		
TÉCNICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
ECONÓMICOS	MEJOR PROPUESTA ECONOMICA CON RESPECTO AL VALOR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS CRITERIOS JURIDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y SU PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA LA PRESENTE INVITACIÓN A COTIZAR.		
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.		
CAUSALES DE RECHAZO DE LA OFERTA			
1. CUANDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS, FINANCIERAS Y LEGALES DE LA PROPUESTA NO PERMITA SU ADJUDICACIÓN . 2. CUANDO SE DEMUESTRE LA PARTICIPACIÓN DE UN OFERENTE EN VARIAS PROPUESTAS. 3. CUANDO SE SOLICITE ALGUNA ACLARACIÓN Y ESTA NO SEA ATENDIDA DENTRO DEL TERMINO ESTABLECIDO O LO RESPONDA DE MANERA INSATISFACTORIA O INCONSISTENTE O LO HAGA MODIFICANDO LA OFERTA . 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 LA PROPUESTA SUPERE EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
VALOR	SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$70.000.000)	CDP No.	918
RUBRO PRESUPUESTAL	MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS	FECHA DE CDP	27/04/2021
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO			
FORMA DE PAGO	(120) DIAS 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. PARAGRAFO: NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA ESE	PLAZO DE EJECUCIÓN APROXIMADO	UN (1) MES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS			
SITIO DE ENTREGA	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
GARANTÍAS DE EXIGIBILIDAD	A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.		
	B) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.		
	LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.		

**OBLIGACIONES DEL
CONTRATISTA**

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS 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. ENTREGAR LOS INSUMOS CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS Y CONTRATADAS, CORRESPONDIENDO A MARCA, UNIDAD DE MEDIDA, PRESENTACIÓN, VALOR UNITARIO Y FECHA DE VENCIMIENTO, LIMPIO, EMBALADO Y EN PERFECTO ESTADO DE FUNCIONAMIENTO, EN LAS FECHAS QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO REQUIERA LOS ELEMENTOS, DEPENDIENDO DEL REQUERIMIENTO EN ALMACÉN O EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE LA SUBRED NORTE PROGRAMA PROCEDIMIENTOS, Y DEBE CONTAR CON LOS MATERIALES, EL DÍA ANTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA SU OPORTUNA ESTERILIZACIÓN, A FIN QUE NO SE GENEREN RETRASOS EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.
2. ENTREGAR LOS INSUMOS CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS Y CONTRATADAS, PARA LAS INTERVENCIONES POR URGENCIA DENTRO DE LOS TÉRMINOS REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA SU OPORTUNA ESTERILIZACIÓN A FIN QUE NO SE GENEREN RETRASOS EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
3. ENTREGAR LOS INSUMOS CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS Y CONTRATADAS, CON SU CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN FORMA VISIBLE, EN SU EMPAQUE ORIGINAL, CONTRAMARCADO, DE LUNES A SÁBADO ENTRE LAS 6:00 AM Y LAS 5:00 PM, EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SERVICIO DE SALUD DE LA SUBRED, TENIENDO EN CUENTA QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN A VAPOR Y/O GAS, INICIAN DESDE LA RECEPCIÓN DEL MATERIAL HASTA LA ENTREGA FINAL DEL PRODUCTO EN SALAS DE CIRUGIA
4. ENTREGA DE INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS CON INSTRUMENTAL BÁSICO Y ESPECIALIZADO DE SU MISMA MARCA PARA LA COLOCACIÓN DEL MISMO EN EL ACTO QUIRÚRGICO, INCLUYENDO SUS RESPECTIVOS MOTORES (PERFORADORES, MANÓMETROS, MANGUERAS, ETC.), SIN COSTO ALGUNO.
5. ENTREGAR MATERIAL PARA NEUROCIRUGÍA Y COLUMNA, ACOMPAÑADO DE EQUIPOS NEUMÁTICOS Y /O ELÉCTRICOS EN APOYO TECNOLÓGICO ADAPTABLES A LAS CUCHILLAS Y FRESAS OFERTADAS, QUE INCLUYA MÍNIMO PIEZA DE MANO DE DIFERENTES ANGULACIONES, CONSOLA PROGRAMABLE A MÍNIMO 60.000 REVOLUCIONES POR MINUTO, PEDAL ELÉCTRICO Y DIFERENTES ACOPLES, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
6. CONTAR CON DISPONIBILIDAD DE VÁLVULAS PROGRAMABLES PARA PROCEDIMIENTOS DE NEUROCIRUGÍA, VÁLVULA DE DERIVACIÓN DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO CON SU PROGRAMADOR, CLIPS DE ANEURISMA EN CALIDAD DE INVENTARIO.
7. ENTREGA DE INJERTOS ÓSEOS, CON EL SOPORTE TÉCNICO DE ADHESIVOS A LOS FORMATOS DE LAS HOJAS DE GASTO, CORRESPONDIENTES A LAS REFERENCIAS UTILIZADAS, EL CUAL AL FINAL DEBERÁ SER FIRMADO POR EL ESPECIALISTA, INSTRUMENTADOR Y SOPORTE TÉCNICO QUE ASISTIÓ AL PROCEDIMIENTO.
8. REEMPLAZAR LOS ELEMENTOS QUE NO CUMPLAN CON LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y/O QUE SE ENCUENTREN DETERIORADOS O AVERIADOS DENTRO DE LAS DOCE (12) HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN TÉCNICA.
9. CONTAR CON EQUIPOS DE REEMPLAZO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN CASO DE FALLAS DE UN EQUIPO DE SOPORTE PARA EL USO DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES. EL CAMBIO DEL EQUIPO NO PODRÁ SUPERAR LAS 24 HORAS SIGUIENTES AL REQUERIMIENTO REALIZADO POR LA SUBRED NORTE.

10. EN CASO DE FALLAS DE UN EQUIPO DE SOPORTE PARA EL USO DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES, LA ATENCIÓN DEL MISMO, NO PODRÁ SUPERAR LAS 24 HORAS SIGUIENTES AL REQUERIMIENTO REALIZADO POR LA SUBRED NORTE, ESTE PROCEDIMIENTO DEBERÁ INCLUIR EL CAMBIO DE REPUESTOS, DE LLEGAR A REQUERIRSE.
11. SOLICITAR CAMBIO DE MATERIAL, EN CASO DE REQUERIRLO DE MANERA ESCRITA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ADJUNTANDO MUESTRA Y GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL PRODUCTO, EL CUAL DEBERÁ SER OBJETO DE ESTUDIO DE MERCADO POR PARTE DE LA E.S.E.
12. RECIBIR INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN UTILIZADOS POR LA SUBRED NORTE, PREVIA VERIFICACIÓN Y CONCEPTO TÉCNICO EMITIDO POR EL PERSONAL DESIGNADO EN SALA DE CIRUGÍA PARA TAL FIN, DENTRO DE LAS SIGUIENTES 12 HORAS, UNA VEZ OCURRIDO EL HECHO.
13. COMUNICAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CON ANTELACIÓN LAS MODIFICACIONES AL NÚMERO DE REFERENCIA O CARACTERÍSTICAS DEL KIT POR CAUSAS TÉCNICAS INDICANDO LA ANTIGUA Y LA NUEVA DENOMINACIÓN, ASÍ COMO EN CASO DE CAMBIO DE PRESENTACIÓN DEL NÚMERO DEL SISTEMA. EL PRECIO DEL NUEVO SISTEMA DEBERÁ HOMOLOGARSE AL ADJUDICADO CORRIENDO A CARGO DEL CONTRATISTA EL COSTO ADICIONAL QUE REQUIERE DICHO CAMBIO.
14. CONCURRIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED NORTE, PARA EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, Y ENTREGAR INFORMES MENSUALES SOBRE INSUMOS ENTREGADOS Y FACTURACIÓN, COMO DE LAS ACTIVIDADES EFECTUADAS PARA DESARROLLAR EL CONTRATO, ACOMPAÑADOS DE SUS SOPORTES RESPECTIVOS.
15. EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REALIZAR LAS CAPACITACIONES TÉCNICAS AL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA SUBRED NORTE PARA EL MANEJO DE EQUIPOS Y QUE INTERVENGA EN LA RECEPCIÓN, LIMPIEZA Y ENTREGA DE LOS MATERIALES, SEGÚN REQUERIMIENTO POR PARTE DE LA SUBRED NORTE, LA CUAL OBEDECERÁ A UN PROGRAMA AUTORIZADO POR LA SUBRED Y SUPERVISADO POR EL LÍDER CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN O A QUIEN ESTE DESIGNE. LAS CAPACITACIONES DEBERÁN REALIZARSE EN UN PLAZO NO MAYOR A 2 DÍAS HÁBILES DE REALIZADO EL REQUERIMIENTO.
16. ENTREGAR EN CALIDAD DE COMODATO O PRÉSTAMO DE USO LOS EQUIPOS OFRECIDOS EN LA PROPUESTA, LOS CUALES DEBEN SER COMPATIBLES CON LOS ELEMENTOS LINNERS A CONTRATAR.
17. SUSCRIBIR EL RESPECTIVO CONTRATO DE COMODATO EL CUAL DEBERÁ SER SIMULTANEO CON LA FIRMA DEL CONTRATO DE SUMINISTRO EN CASO DE SER ADJUDICADO.
18. DISPONER DE PERSONAL QUE SE ENCARGARÁ DEL SOPORTE TÉCNICO, PARA BRINDAR DE MANERA OPORTUNA AYUDA EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPÉDICA Y NEUROCIRUGÍA, ADEMÁS DE FACILITAR ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL BUEN DESARROLLO DE DICHOS PROCEDIMIENTOS.
19. "GARANTIZAR QUE EL PERSONAL QUE INGRESE A SALAS DE CIRUGÍA PARA SOPORTE TÉCNICO DE LOS ELEMENTOS O EQUIPOS OFERTADOS, DEBERÁ CUMPLIR O REGISTRE POR LOS PROCESOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED NORTE, EN BIOSEGURIDAD PARA EL MANEJO Y CONTROL DEL RIESGO DE CORONAVIRUS COVID-19 EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, EL CUAL SE ENCUENTRA EN EL LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS REGISTRADO CON EL "CÓDIGO: ES-GC-I-31-01" ". POR OTRO LADO CUMPLIR LO INDICADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA INSTITUCIÓN ESPECÍFICAMENTE LO CONTENIDO EN EL NUMERAL "5.1.3. NORMAS DE BIOSEGURIDAD ADICIONALES POR ÁREAS" "NORMAS DE BIOSEGURIDAD ADICIONALES PARA SALAS DE CIRUGÍA. DOCUMENTO ESTE QUE TAMBIÉN SE ENCUENTRA EN EL LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS CON EL CÓDIGO "CÓDIGO: AP-AT-M-03-04., DOCUMENTOS QUE SERÁN DEL CONOCIMIENTO DE OFERENTE AL QUE SE LE ADJUDIQUE EL CONTRATO, Y QUE SERÁ SOCIALIZADO POR LA RESPECTIVA JEFE DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN, EL SOPORTE TÉCNICO DESIGNADO POR EL OFERENTE DEBERÁ CONOCER LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS DEL MATERIAL, RELACIONAR LOS GASTOS DE CIRUGÍA DE MANERA CLARA Y ESPECÍFICA SEGÚN SUS REFERENCIAS Y CANTIDADES. ADICIONALMENTE DEBERÁN COLABORAR CON EL PROCESO DE LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DE INSTRUMENTALES TAN PRONTO SE REALICE LA CIRUGÍA." "

ACLARACIONES

EN CASO DE ACLARACIONES EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES POR LA PLATAFORMA SECOP II.

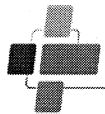
ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA
 ANEXO 2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES
 ANEXO 3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN
 ANEXO 4. FORMULARIO SARLAFT
 ANEXO 5. OFERTA ECONOMICA

APROBACIÓN

FIRMAS

Coordinador de Bienes y Servicios:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA
Nombre y Firma Dirección de Contratación :	DRA. JANNETH CAICEDO CASANOVA
Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. FABIO CORTÉS CRUZ
Nombre y Firma Gerente:	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

INVITACIÓN A VEEDURÍA CIUDADANA

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

CÓDIGO: AP-CT-F-03-05

VERSIÓN: 5

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

SUMINISTRO DE INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, NEUROCIRUGÍA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

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,

DRA. JANNETH CAICEDO CASANOVA
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

ANEXO CRONOGRAMA
INVITACIÓN A COTIZAR No. 037-2021 S.NTE

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	31/05/2021
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR	1/06/2021 MÁXIMO HASTA LA 4:00P.M
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LA INVITACIÓN	3/06/2021
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	PLAZO MÁXIMO FECHA: 4/06/2021 HORA: 3:00P.M
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	PLAZO MÁXIMO HASTA FECHA: 4/06/2021 HORA: 3:10P.M
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	DESDE EL 4/06/2021 HASTA 9/06/2021
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES INICIALES	10/06/2021
OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES INICIALES	11/06/2021 MAXIMO HASTA LAS 4:00p.m
PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS	DENTRO DE LOS OCHO (8) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A OBSERVACIONES Y/O SUBSANACIONES A LAS EVALUACIONES INICIALES. HASTA EL 24/06/2021.
REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS OCHO (8) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS. HASTA EL 7/07/2021.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Abril 27 De 2021

CDP. No.

918

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.....: 421501040100010000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 421501040101

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 2,221,080,500.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 6,357,067,226.00

SALDO DE APROPIACION : 8,578,147,726.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA HURTADO JAIME HUMBERTO ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

INJERTOS ÓSEOS Y DISP MED-QUIRÚRGICOS PARA ORTOPED
IA Y NEURO

POR UN VALOR INICIAL DE : 70,000,000.00

ON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

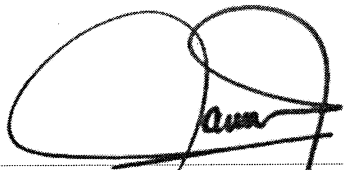
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 70,000,000.00

SETENTA 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: 2,221,080,500.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 6,287,067,226.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (249) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte7@gmail.com

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

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: (objeto a contratar)

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

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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

FIRMA

Nombre de Quien Firma _____

Cédula de Ciudadanía No. _____

En Calidad de _____

Ciudad y Fecha _____

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

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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

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

(Firma)
(Nombre Representante Legal)
(No. Identificación representante Legal)
Representante Legal
(Nombre empresa)
(NIT empresa)
(Dirección empresa)
(Teléfono empresa)
(Dirección correo electrónico de la empresa)

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016).	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019

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														
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;">RAZÓN SOCIAL</td> <td style="width:25%;">PRIMER APELLIDO</td> <td style="width:25%;">SEGUNDO APELLIDO</td> <td style="width:25%;">NIT</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REPRESENTANTE LEGAL:</td> <td colspan="2">NOMBRES</td> </tr> </table>	RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIT	REPRESENTANTE LEGAL:		NOMBRES							
RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIT											
REPRESENTANTE LEGAL:		NOMBRES												
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;">CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐</td> <td style="width:25%;">CEDULA DE CIUDADANÍA ☐</td> <td style="width:25%;">NUMERO:</td> <td style="width:25%;">LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)</td> </tr> </table>	CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)										
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)											
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;">FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD</td> <td style="width:25%;">LUGAR NACIMIENTO</td> <td style="width:25%;">DEPARTAMENTO</td> <td style="width:25%;">NACIONALIDAD (1)</td> <td style="width:25%;">NACIONALIDAD (2)</td> </tr> </table>	FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)									
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)										
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL</td> <td style="width:17%;">PAÍS</td> <td style="width:17%;">DEPARTAMENTO</td> <td style="width:17%;">CIUDAD</td> <td style="width:16%;">TELÉFONO/FAX</td> </tr> </table>	DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX									
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX										
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">CORREO ELECTRONICO:</td> <td style="width:50%;">PORTAL/PAGINA INTERNET:</td> </tr> </table>	CORREO ELECTRONICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:												
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:													
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA</td> <td style="width:33%;">DEPARTAMENTO/ CIUDAD</td> <td style="width:17%;">PAÍS</td> <td style="width:17%;">TELÉFONO/FAX</td> </tr> </table>	DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX										
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX											
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)														
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:16%;">PUBLICA ☐</td> <td style="width:16%;">MIXTA ☐</td> <td style="width:16%;">PRIVADA ☐</td> <td style="width:16%;">SERVICIOS ☐</td> <td style="width:16%;">INDUSTRIAL ☐</td> <td style="width:16%;">FARMACÉUTICA ☐</td> <td style="width:16%;">COMERCIAL ☐</td> </tr> <tr> <td>SERVICIOS DE SALUD ☐</td> <td>SERVICIOS FINANCIEROS ☐</td> <td>TRANSPORTES ☐</td> <td>OTRA ☐</td> <td colspan="3">CUAL: _____</td> </tr> </table>	PUBLICA ☐	MIXTA ☐	PRIVADA ☐	SERVICIOS ☐	INDUSTRIAL ☐	FARMACÉUTICA ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS DE SALUD ☐	SERVICIOS FINANCIEROS ☐	TRANSPORTES ☐	OTRA ☐	CUAL: _____		
PUBLICA ☐	MIXTA ☐	PRIVADA ☐	SERVICIOS ☐	INDUSTRIAL ☐	FARMACÉUTICA ☐	COMERCIAL ☐								
SERVICIOS DE SALUD ☐	SERVICIOS FINANCIEROS ☐	TRANSPORTES ☐	OTRA ☐	CUAL: _____										
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:16%;"> INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SI ☐ NO ☐ </td> <td style="width:16%;"> RENTA/CREE SI ☐ NO ☐ </td> <td style="width:16%;"> IVA SI ☐ NO ☐ </td> <td style="width:16%;"> ICA SI ☐ NO ☐ </td> <td style="width:16%;"> CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA _____ </td> <td style="width:16%;"> PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐ </td> </tr> <tr> <td> GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☐ </td> <td> AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☐ </td> <td> AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☐ </td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SI ☐ NO ☐	RENTA/CREE SI ☐ NO ☐	IVA SI ☐ NO ☐	ICA SI ☐ NO ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA _____	PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐	GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☐					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SI ☐ NO ☐	RENTA/CREE SI ☐ NO ☐	IVA SI ☐ NO ☐	ICA SI ☐ NO ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA _____	PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐									
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☐												
3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)														
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:60%;">POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS</td> <td style="width:10%;">SI ☐</td> <td style="width:10%;">NO ☐</td> </tr> <tr> <td>POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO</td> <td>SI ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL</td> <td>SI ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA</td> <td>SI ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> </table>	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 ☐		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐	NO ☐												
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI ☐	NO ☐												
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL	SI ☐	NO ☐												
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐	NO ☐												
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:														
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN														
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN											
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐												
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐												
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐												
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐												
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)														
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	ACTIVOS TOTALES													
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	PASIVOS TOTALES													
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 ☐														
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:16%;">REDESCUENTO ☐</td> <td style="width:16%;">EXPORTACIONES ☐</td> <td style="width:16%;">LEASING ☐</td> <td style="width:16%;">SERVICIOS ☐</td> <td style="width:16%;">OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐</td> <td style="width:16%;">IMPORTACIONES ☐</td> </tr> <tr> <td>PAGO DE SERVICIOS ☐</td> <td>PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐</td> <td>INVERSIONES ☐</td> <td>OTRA ☐</td> <td colspan="2">Especifique cual: _____</td> </tr> </table>	REDESCUENTO ☐	EXPORTACIONES ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐	OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	IMPORTACIONES ☐	PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐	OTRA ☐	Especifique cual: _____			
REDESCUENTO ☐	EXPORTACIONES ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐	OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	IMPORTACIONES ☐									
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐	OTRA ☐	Especifique cual: _____										
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:20%;">TIPO PRODUCTO</td> <td style="width:20%;">No DEL PRODUCTO</td> <td style="width:20%;">MONTO OPERACIÓN</td> <td style="width:20%;">CIUDAD</td> <td style="width:20%;">PAÍS</td> <td style="width:20%;">MONEDA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA								
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":														

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

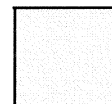
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

9. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE E.S.E.)

1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

ANEXO 5 ECONOMICO

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE COTIZA:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, NEUROCIROLOGÍA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	V/R UNITARIO	IVA	V/R TOTAL
1	FRESAS Y CUCHILLAS PARA CRANEOTOMIA / COLUMNA DIFERENTES MEDIDAS/ FRESAS	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
2	ACEITE LUBRICANTE	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
3	PARCHES DE DURAMADRE 2.5*7.5cm - 4cm*4cm no suturable	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
4	PARCHES DE DURAMADRE 5*5 cm no suturable	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
5	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm no suturable	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
6	PARCHES DE DURAMADRE 10*12 cm no suturable	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
7	PARCHES DE DURAMADRE 2.5*7.5cm - 5cm*5cm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
8	PARCHES DE DURAMADRE 5*5 cm - 5*8 cm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
9	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm - 8*14	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
10	PARCHES DE DURAMADRE 10*12 cm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
11	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION BAJA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
12	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION MEDIA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
13	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION ALTA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
14	VALVULA PROGRAMABLE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
15	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA PROGRAMABLES PARA ADULTO	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
16	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA PROGRAMABLES PEDIÁTRICA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
17	CATETER VENTRICULAR	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
18	CATETER PERITONEAL	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
19	CONECTOR RECTO	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
20	CONECTOR EN Y (METÁLICO)	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
21	CATETER CON ANTIBIOTICO	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
22	RESERVORIO PARA HIDROCEFALIA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
23	BOLSAS DE RECOLECCIÓN / RESPUESTO SISTEMA DE DRENAJE POR 5 UNIDADES	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
24	SISTEMA DE DRENAJE EXTERNO INCLUYE CATETER VENTRICULAR, PUNZON, BOLSA Y REGLA EN UNA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
25	KIT CATETERES VENTRICULAR Y PERITONEAL CON ANTIBIOTICO	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
26	SELLANTE DE DURAMADRE PARA COLUMNA 3 ML	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
27	SELLANTE DE DURAMADRE PARA CRANEO 5 ML	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
28	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 1 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
29	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 2.5 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -
30	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 5 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$ -	\$ -

31	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 10 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
32	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS 2.5*5	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
33	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
34	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*5 cm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
35	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 5 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
36	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 15 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
37	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 30 cc	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
38	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
39	CUÑA TRICORTICAL 0.8 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
40	CUÑA TRICORTICAL 10 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
41	CUÑA TRICORTICAL 12 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
42	CUÑA TRICORTICAL 15 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
43	CUÑA TRICORTICAL 18 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
44	CUÑA TRICORTICAL 20 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
45	LAJA DE HUESO TIBIAL 15 X 100 mm LIOFILIZADA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
46	LAJA DE HUESO FEMIORAL 15 X 100 mm LIOFILIZADA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
47	SEGMENTO DE DIAFISIS FEMORAL 60 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
48	SEGMENTO DE DIAFISIS FEMORAL 100 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
49	SEGMENTO DE DIAFISIS TIBIAL 60 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
50	SEGMENTO DE DIAFISIS TIBIAL 100 mm	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
51	FIBRAS DE MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
52	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 5 CC	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
53	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 10 CC	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
54	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 20 CC	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
55	SIERRAS DE GIGLY	A DEMANDA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA		\$	-	\$	-
FORMA DE PAGO: 120 DÍAS						VALOR TOTAL		\$	-	

NOTA: FAVOR COTIZAR EL VALOR UNITARIO DEL INSUMO

Firma del Representante Legal

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-01-06 VERSIÓN: 6 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020			
FECHA DE SOLICITUD D/M/A		8/04/2021		FECHA DE RECIBIDO D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
NOMBRE DEL SOLICITANTE:		ELIANA MARIA MOLANO SILVA					
PROCESO:		DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS SUBRED NORTE					
CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:		esterilizacion.suba@subrednorte.gov.co, dirhospitalizacion@subrednorte.gov.co					
PAA (☒) PROYECTO ()		NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO		ELIANA MARIA MOLANO SILVA DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS SUBRED NORTE			
OBJETO A CONTRATAR							
SUMINISTRO DE INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, NEUROCIRUGÍA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS 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, es Una Empresa Social del Estado creada como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa mediante el Acuerdo 641 de 2016, que tiene por objeto prestar servicios de salud integrales y de calidad en todos los niveles de complejidad a la población objeto de las localidades de Chapinero, Usaquén, Engativá, Suba, Barrios Unidos y demás que requieran los servicios de salud, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población. quienes a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad puedan dar cumplimiento a las satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa. Para el normal funcionamiento de la Subred, se cuenta con la Dirección de Servicios Hospitalarios, área encargada de liderar el proceso de planeación de los servicios hospitalarios, con base en la capacidad instalada y el direccionamiento estratégico de la Subred, en el Marco Modelo de Atención Integral en Salud, con criterios de eficiencia y calidad, para articular acciones e intervenciones con las demás dependencias, y mejorar la integralidad en la prestación de los servicios de salud. Adicionalmente ésta área establece las necesidades de recursos para implementar acciones que promuevan la Gestión Clínica eficiente, efectiva y segura para los usuarios de los servicios hospitalarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y hacer uso eficiente de los mismos. Por lo anterior en aras a garantizar la adecuada prestación del servicio Quirúrgico en las especialidades de Ortopedia y Neurocirugía, se requiere contratar de manera urgente los insumos y dispositivos necesarios, señalados en la Descripción Técnica del Bien, para procurar la eficiente y oportuna prestación del servicio de los pacientes que lo requieren, en las diferentes unidades. Así mismo, la Subred Norte requiere el suministro de los injertos óseos y dispositivos Médico Quirúrgicos, para suplir las necesidades de neurocirugía y ortopedia de los pacientes que llegan a las diferentes unidades, esto con el fin de darles una mejor calidad de vida a futuro, disminuyendo las secuelas de las diferentes patologías relacionadas con estas especialidades, situación que contribuye a bajar los índices de mortalidad. De otra parte, tenemos que para garantizar el suministro de injertos óseos y dispositivos médicos – quirúrgicos para las especialidades de ortopedia, neurocirugía, dentro de los diferentes procesos y procedimientos quirúrgicos, la Subred requiere que el oferente entregue en calidad de comodato o préstamo de uso el equipo de craneotomía descrito para el funcionamiento de las fresas y cuchillas para craneotomía / columna diferentes medidas/ fresas diamantadas descritas en el ítem 1 y señalados en la descripción técnica del bien o servicio a contratar. Así las cosas, en cumplimiento con la Resolución No. 1200 de 2017 “por el cual se adopta el Manual de Contratación”, y concordancia con el acuerdo No. 24 de 2017 “Por medio del cual la junta directiva de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. modifica los acuerdos números 03 y 23 de 2016 que adopta el estatuto de contratación de la subred norte E.S.E.”, numeral 9.2.1, la Subred Norte recurre al mecanismo de “Invitación a Cotizar”, como quiera que la cuantía no supera el 0.3% del presupuesto aprobado por el Confin Distrital para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN	P.A.A.
1	FRESAS Y CUCHILLAS PARA CRANEOTOMIA / COLUMNA DIFERENTES MEDIDAS/ FRESAS DIAMANTADAS	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA			
2	ACEITE LUBRICANTE	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA			
3	PARCHES DE DURAMADRE 2.5*7.5cm - 4cm*4cm no suturable	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA			
4	PARCHES DE DURAMADRE 5*5 cm no suturable	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA			
5	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm no suturable	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA			
6	PARCHES DE DURAMADRE 10*12 cm no suturable	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA			

7	PARCHES DE DURAMADRE 2.5*7.5cm - 5cm*5cm	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
8	PARCHES DE DURAMADRE 5*5 cm -5*8 cm	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
9	PARCHES DE DURAMADRE 7.5*7.5 cm - 8*14	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
10	PARCHES DE DURAMADRE 10*12 cm	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
11	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION BAJA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
12	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION MEDIA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
13	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA DE PRESION ALTA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
14	VALVULA PROGRAMABLE DERIVACIÓN VENTRÍCULOOPERITONEAL	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
15	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA PROGRAMABLES PARA ADULTO	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
16	VALVULAS PARA HIDROCEFALIA PROGRAMABLES PEDIATRICA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
17	CATETER VENTRICULAR	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
18	CATETER PERITONEAL	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
19	CONECTOR RECTO	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
20	CONECTOR EN Y (METÁLICO)	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
21	CATETER CON ANTIBIOTICO	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
22	RESERVORIO PARA HIDROCEFALIA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
23	BOLSAS DE RECOLECCION / RESPUESTO SISTEMA DE DRENAJE POR 5 UNIDADES	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
24	SISTEMA DE DRENAJE EXTERNO INCLUYE CATETER VENTRICULAR, PUNZON, BOLSA Y REGLA EN UNA SOLA CAJA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
25	KIT CATETERES VENTRICULAR Y PERITONEAL CON ANTIBIOTICO	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
26	SELLANTE DE DURAMADRE PARA COLUMNA 3 ML	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
27	SELLANTE DE DURAMADRE PARA CRANEO 5 ML	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
28	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 1 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
29	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 2.5 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
30	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 5 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
31	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA TIPO PUTTY EN FRASCO 10 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
32	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS 2.5*5	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
33	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
34	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*5 cm	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
35	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 5 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
36	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 15 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
37	CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 30 cc	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
38	MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA EN TIRAS DE 2.5*10 cm	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
39	FIBRAS DE MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
40	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 5 CC	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
41	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 10 CC	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
42	SULFATO DE CALCIO PARA MEZCLAR CON ANTIBIOTICO 20 CC	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA
43	SIERRAS DE GIGLY	A DEMANDA	SISTEMA	A DEMANDA

EL OFERENTE DEBERA COTIZAR CADA ÍTEM Y ANEXAR LOS ELEMENTOS DE LOS CUALES ESTA COMPUESTO EN SU TOTALIDAD, CUALQUIER OMISION EN LOS ÍTEMS SERA RESPONSABILIDAD DEL OFERENTE. NO SE ADMITEN QUE LOS ELEMENTOS DE LA MISMA DESCRIPCIÓN DE MEDIDA O DIAMETRO TENGAN DIFERENTE VALOR.

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO _x_

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA				
TÉCNICOS (x)		ECONÓMICOS (Menor valor)		OTROS (X)
CUALES: JURÍDICO Y SARLAFT				
CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR				
1. El oferente deberá allegar fichas técnicas en medio magnético por cada ítem del material de osteosíntesis ofertado.				
2. Certificado de Condiciones Sanitaria del Invima para Dispositivos Medico Quirurgicos.				
3. Certificación Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento (CCCA). Distribución de los insumos médico quirúrgico, debidamente expedido por el Invima.				
4. Registro Sanitario del Dispositivo Médico Quirúrgico (debe de venir codificado con el respectivo nombre de cada ítem relacionado), debidamente expedido por el Invima.				
5. Allegar certificado de Condición de Importador, Distribuidor y/o Fabricante, debidamente suscrito por el Representante Legal de la Casa Matriz o el quien haga sus veces, según sea el caso, la información debe ser verificable (Datos de contacto), o allegar certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio en donde se encuentre inscrito el oferente y que demuestre dichas calidades.				
6. Inscripción al Programa de Tecno vigilancia debidamente expedido por el Invima (Pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecno vigilancia ante el Invima), la entidad se reserva el derecho de verificar las condiciones directamente en el Invima.				
7. El distribuidor debe adjuntar el concepto técnico higiénico-sanitario de la visita que realiza la Secretaría de Salud al distribuidor, donde consta que cumple con los requisitos exigidos para este tipo de establecimientos y que haya sido realizada en los últimos cinco (5) años.				
8. Carta de compromiso suscrita por el Representante Legal, en donde garantiza que en caso de salir adjudicatario del proceso, realizará la capacitación en el manejo de equipos, insumos y otras tecnologías relacionadas con la presente invitación al persona de salas de cirugía de la entidad.				
9. Carta de compromiso del representante legal donde garantice los stock disponibles de forma inmediata en las centrales de esterilización de acuerdo a la demanda, así como disponibilidad de profesionales para el soporte técnico solicitado en las intervenciones.				
10. Certificación proferida por el representante legal en la que se especifique que, una vez utilizado el material de osteosíntesis, tendrán disponibilidad de sellos de seguridad y/o candados de cierre, los cuales serán colocados por el personal de soporte técnico, optimizando el tiempo de devolución.				
11. Carta de compromiso suscrita por el Representante Legal del oferente, en donde garantizará el reemplazo de los elementos objeto del contrato, por VENCIMIENTO y/o VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS: cuando la fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, ó el 75% de su vida útil, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación por parte del Supervisor del Contrato.				
12. DISPONIBILIDAD DE BODEGAS DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION: El oferente debe presentar certificación firmada por el Representante Legal, acreditando que cuentan con mínimo una(s) bodega(s) y/o contrato(s) suscrito(s) con operador logístico de almacenamiento y distribución, que cumpla con los requerimientos exigidos en el decreto 4725 de 2005 "Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano". Así mismo, deberá indicar datos de ubicación de las bodegas como son: Dirección, teléfono, Correo electrónico, persona de contacto y vehículos de distribución. La ubicación de las bodegas debe ser en la ciudad de Bogotá y/o municipios colindantes.				
13. EQUIPOS EN COMODATO: El oferente deberá allegar carta de compromiso debidamente suscrita por el Representante Legal, donde garantice que en caso de ser adjudicado el contrato, suministrará en préstamo de uso el equipo de craneotomía requerido para el funcionamiento de las fresas y cuchillas para craneotomía / columna diferentes medidas/ fresas diamantadas señaladas en el ítem 1 de la descripción técnica del bien o servicio a contratar. Se entenderá que la propuesta incluye el suministro de dicho equipo, cuyos elementos entregados en comodato deben ser compatibles con los insumos a contratar. No obstante, la entidad se reserva el derecho de solicitar el cambio, cuando advierta que el mismo no es compatible a cabalidad con los elementos suministrados.				
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 ()	PÓLIZA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ()	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (X)	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA ()	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ()
		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-01-06
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 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, CUANDO HAYA LUGAR.
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. Entregar los insumos conforme a las especificaciones Técnicas Requeridas y contratadas, correspondiendo a marca, unidad de medida, presentación, valor unitario y fecha de vencimiento, limpio, embalado y en perfecto estado de funcionamiento, en las fechas que el supervisor del contrato requiera los elementos, dependiendo del requerimiento en Almacén o en Central de Esterilización, teniendo en cuenta que la Subred Norte programa procedimientos, y debe contar con los materiales, el día anterior de los procedimientos, para su oportuna esterilización, a fin que no se generen retrasos en la programación quirúrgica.
2. Entregar los insumos conforme a las especificaciones Técnicas Requeridas y contratadas, para las intervenciones por urgencia dentro de los términos requeridos por el supervisor del contrato, para su oportuna esterilización a fin que no se generen retrasos en la programación quirúrgica.
3. Entregar los insumos conforme a las especificaciones Técnicas Requeridas y contratadas, con su clasificación de riesgo en forma visible, en su empaque original, contramarcado, de lunes a sábado entre las 6:00 am y las 5:00 pm, en las Centrales de Esterilización de las diferentes Unidades de Servicio de Salud de la Subred, teniendo en cuenta que los procedimientos de esterilización a vapor y/o gas, inician desde la recepción del material hasta la entrega final del producto en salas de cirugía
4. Entrega de injertos óseos y dispositivos médico-quirúrgicos con instrumental básico y especializado de su misma marca para la colocación del mismo en el acto quirúrgico, incluyendo sus respectivos motores (perforadores, manómetros, mangueras, etc.), sin costo alguno.
5. Entregar material para neurocirugía y columna, acompañado de equipos neumáticos y / o eléctricos en apoyo tecnológico adaptables a las cuchillas y fresas ofertadas, que incluya mínimo pieza de mano de diferentes angulaciones, consola programable a mínimo 60.000 revoluciones por minuto, pedal eléctrico y diferentes acoples, de acuerdo a las necesidades del servicio.
6. Contar con disponibilidad de Válvulas programables para procedimientos de neurocirugía, válvula de derivación de líquido cefalorraquídeo con su programador, clips de aneurisma en calidad de inventario.
7. Entrega de injertos óseos, con el soporte técnico de adhesivos a los formatos de las hojas de gasto, correspondientes a las referencias utilizadas, el cual al final deberá ser firmado por el especialista, instrumentador y soporte técnico que asistió al procedimiento.
8. Reemplazar los elementos que no cumplan con las condiciones técnicas y/o que se encuentren deteriorados o averiados dentro de las doce (12) horas siguientes a la Recepción Técnica.
9. Contar con equipos de reemplazo para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, en caso de fallas de un equipo de soporte para el uso del material de osteosíntesis en todas las especialidades. El cambio del equipo no podrá superar las 24 horas siguientes al requerimiento realizado por la Subred Norte.
10. En caso de fallas de un equipo de soporte para el uso del material de osteosíntesis en todas las especialidades, la atención del mismo, no podrá superar las 24 horas siguientes al requerimiento realizado por la Subred Norte, este procedimiento deberá incluir el cambio de repuestos, de llegar a requerirse.
11. Solicitar cambio de material, en caso de requerirlo de manera escrita al supervisor del contrato, adjuntando muestra y garantizando la calidad del producto, el cual deberá ser objeto de estudio de mercado por parte de la E.S.E.
12. Recibir injertos óseos y dispositivos médico-quirúrgicos que no sean utilizados por la Subred Norte, previa verificación y concepto técnico emitido por el personal designado en Sala de Cirugía para tal fin, dentro de las siguientes 12 horas, una vez ocurrido el hecho.

Σ

13. Comunicar al supervisor del contrato con antelación las modificaciones al número de referencia o características del Kit por causas técnicas indicando la antigua y la nueva denominación, así como en caso de cambio de presentación del número del sistema. El precio del nuevo sistema deberá homologarse al adjudicado corriendo a cargo del contratista el costo adicional que requiere dicho cambio.

14. Concurrir a las reuniones programadas por la Subred Norte, para el seguimiento a la ejecución del contrato, y entregar informes mensuales sobre insumos entregados y facturación, como de las actividades efectuadas para desarrollar el contrato, acompañados de sus soportes respectivos.

15. El contratista se obliga a realizar las capacitaciones técnicas al personal asistencial de la Subred Norte para el manejo de equipos y que intervenga en la recepción, limpieza y entrega de los materiales, según requerimiento por parte de la Subred Norte, la cual obedecerá a un programa autorizado por la Subred y Supervisado por el Líder Central de Esterilización o a quien este designe. Las capacitaciones deberán realizarse en un plazo no mayor a 2 días hábiles de realizado el requerimiento.

16. Entregar en calidad de comodato o préstamo de uso los equipos ofrecidos en la propuesta, los cuales deben ser compatibles con los elementos Linners a contratar.

17. Suscribir el respectivo contrato de comodato el cual deberá ser simultaneo con la firma del contrato de suministro en caso de ser adjudicado.

18. Disponer de personal que se encargará del soporte técnico, para brindar de manera oportuna ayuda en los procedimientos quirúrgicos relacionados con las especialidades de ortopedia y neurocirugía, además de facilitar los elementos necesarios para el buen desarrollo de dichos procedimientos.

19. Garantizar que el personal que ingrese a salas de Cirugía para soporte técnico de los elementos o equipos ofertados, deberá cumplir o regirse por los procesos establecidos por la subred norte, en BIOSEGURIDAD PARA EL MANEJO Y CONTROL DEL RIESGO DE CORONAVIRUS COVID-19 EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, el cual se encuentra en el listado maestro de documentos registrado con el "CÓDIGO: ES-GC-I-31-01". Por otro lado cumplir lo indicado en el MANUAL DE BIOSEGURIDAD de la institución específicamente lo contenido en el numeral "5.1.3. Normas de Bioseguridad Adicionales por Áreas"

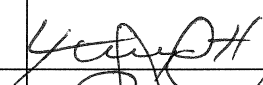
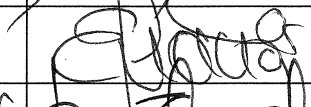
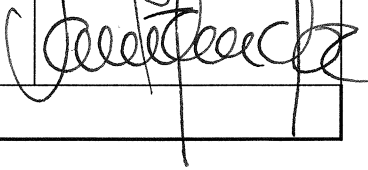
Normas de Bioseguridad adicionales para salas de Cirugía. Documento este que también se encuentra en el listado maestro de documentos con el código "CÓDIGO: AP-AT-M-03-04.", documentos que serán del conocimiento de oferente al que se le adjudique el contrato, y que será socializado por la respectiva Jefe de las centrales de Esterilización, el soporte técnico designado por el oferente deberá conocer las indicaciones quirúrgicas del material, relacionar los gastos de cirugía de manera clara y específica según sus referencias y cantidades. Adicionalmente deberán colaborar con el proceso de limpieza y organización de instrumentales tan pronto se realice la cirugía.

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)

1 MES

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

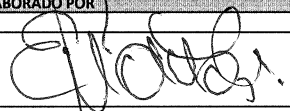
PENDIENTES POR DEFINIR

Firmas	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: Elaboró:	LINDA JHOANA GARCIA HERNANDEZ REFERENTE DE OSTEOSINTESIS	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ÁREA Aprobó:	DRA. ELIAMA MARIA MOLANO SILVA	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN: Revisó:	DRA. JANNETH CAICEDO CASANOVA	

OBSERVACIONES:

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

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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	4				4					ALTO - MITIGARLO	TRATANTE Y CONTRA	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				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	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			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	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.				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	DRA. ELIANA MARIA MOLANO SILVA
Correo Electrónico	esterilizacion.suba@subrednorte.gov.co, dirhospitalizacion@subrednorte.gov.co
Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Fecha Elaboración d/m/a	20/05/2021

Linda G.