Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO SOLICITUD DE COMPRA

CÓDIGO: AP-IA-FT-001
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-01-19

Fecha de Solicitud:	25/06/2021

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
Proceso y/o UPSS solicitante:	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD-PROYECTOS FONDO DE DESARROLLO LOCAL

JUSTIFICACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO

(ampliar la justificación y descripción en caso de servicios)

CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (AYUDAS TÉCNICAS) NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD, PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD IDENTIFICADAS CON LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LAS LOCALIDADES LOS MARTIRES, ANTONIO NARIÑO, SANTA FE, LA CANDELARIA, SAN CRISTOBAL, Y RAFAEL URIBE URIBE.

REQUISITOS DE LA COMPRA O SERVICIO

(diligenciar si aplica)

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación
1	COJIN ANTIESCARAS EN ESPUMA SOBRE MEDIDAS	16	UNIDAD	N/A	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS CONTENIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO	
2	COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMAS HOSPITALARIAS	23	UNIDAD	N/A		
3	COLCHON ANTIESCARAS DE 90CM DE ANCHO HASTA 2.10 METROS DE LARGO	16	UNIDAD	N/A		
4	COLCHON ANTIESCARAS HASTA 1.19 METROS DE ANCHO	8	UNIDAD	N/A		
5	COLCHON ANTIESCARAS 1.20 A 1.39 METROS DE ANCHO	8	UNIDAD	N/A		
6	COLCHON ANTIESCARAS 1.40 A 2.00 METROS DE ANCHO	5	UNIDAD	N/A		
7	COLCHONETA ANTIESCARAS HASTA 1.19 METROS DE ANCHO	5	UNIDAD	N/A		
8	COLCHONETA ANTIESCARAS 1.20 A 1.39 METROS DE ANCHO	5	UNIDAD	N/A		
9	COLCHONETA ANTIESCARAS 1.40 A 2.00 METROS DE ANCHO	5	UNIDAD	N/A		
10	EXTENSOR CON CEPILLO DE ASEO CORPORAL	5	UNIDAD	N/A		
11	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL EN ALUMINIO MANEJO MONOLATERAL	5	UNIDAD	N/A		
12	CAMA HOSPITALARIA MECANICA CUATRO PLANOS	10	UNIDAD	N/A		
13	BARRAS DE SUJECIÓN 95 CMS – 125 CMS	5	UNIDAD	N/A		
14	BARRAS DE SUJECIÓN 175 CMS – 215 CMS	5	UNIDAD	N/A		
15	BARRAS DE SUJECIÓN 225 CMS – 275 CMS	5	UNIDAD	N/A		
16	TABLET	5	UNIDAD	N/A		
17	TELESCOPIO 7 X 25	5	UNIDAD	N/A		
			UNIDAD	N/A		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI__X__ NO____

¿Requiere exclusividad? SI____ NO____

CONDICIONES DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

VER ANEXO TECNICO

Jul.07/2021

Responsable Técnico de la evaluación de propuestas:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Entregar los Dispositivos de Asistencia Personal - ayudas técnicas por cada localidad, de acuerdo a las fechas pactadas en el contrato.
2. Entregar los Dispositivos de Asistencia Personal teniendo en cuenta las medidas de cada usuario, las especificaciones técnicas de las tablas No. 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de este anexo, la calidad y los acabados. No se aceptan Dispositivos de Asistencia Personal que no cumplan con las especificaciones definidas en este estudio y que no se entreguen a satisfacción del usuario beneficiario, 3. Realizar las pruebas individuales de adaptación y/o ajuste que requiera cada Dispositivo de Asistencia Personal - ayuda técnica y verificar la toma de medidas y/o moldes previos a la elaboración de sillas de ruedas, para entregar dispositivos que cumplan con las características técnicas y de prescripción dada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. ESE.. 4. Contramarcar en técnica de plaquetas en aluminio sublimadas, con la siguiente información: logos número, Convenio y vigencia según información que entrega la Subred las sillas de ruedas,camas hospitalarias; adicionalmente las sillas de ruedas se deben contramarcar con técnica de Screen en los espaldares de las sillas de ruedas a full color., 5. Entregar los Dispositivos de Asistencia Personal que no requieren elaboración sobre medidas en un plazo máximo de veinte (20) días contados a partir de la firma del acta de inicio del Contrato y entrega de la lista de prescripciones.,6. Entregar las Sillas de Ruedas en un plazo no mayor a cuarenta (40) días, contados a partir de la firma del acta de inicio del Contrato y entrega de la lista de prescripciones.,7. Realizar verificación de medidas en los casos que técnicamente sean necesarios y apoyar los talleres de socialización y entrega de Dispositivos de Asistencia Personal con la capacitación y/o entrenamiento en el funcionamiento, manejo y cuidado de los Dispositivos a entregar., 8. Asumir el costo del transporte para la entrega e instalación a domicilio de Dispositivos de Asistencia personal como colchones anti escaras, barras de sujeción y camas hospitalarias.,9. Entregar en bolsas de color institucional contramarcadas con los logos de la subred y las alcaldías, los Dispositivos de Asistencia Personal para personas con discapacidad Visual y Discapacidad Cognitiva.,10. Realizar durante la entrega y entrenamiento con el beneficiario, las pruebas de funcionalidad, estabilidad y calidad del elemento, según clase y complejidad, toda vez que el elemento debe cumplir fielmente con los criterios mínimos para la adaptación de los dispositivos entregados.,11. Entregar de garantía a los dispositivos de asistencia personal con la siguiente información: Nombre y número del Convenio, vigencia y localidad; adicionalmente nombre del usuario y del cuidador, número de placa, valor del elemento, aspectos que cubre y que no cubre la garantía, dirección de atención del proveedor, así como el espacio para el registro de los cambios y/o arreglos a que se dé lugar; durante el periodo de garantía que cubre las ayudas técnicas, el proveedor en cumplimiento de la garantía debe asumir los costos del mantenimiento preventivo y correctivo desplazándose al domicilio del usuario. De acuerdo al tipo de dispositivo, el tiempo de garantía es el siguiente: dieciocho (18) meses para camas hospitalarias, sillas de ruedas, y dispositivos tecnológicos del kit visual; doce (12) meses para los Dispositivos tipo barras de apoyo, colchones y cojines antiescaras; seis (06) meses para dispositivos línea blanda, elementos del kit visual y cognitivo. ,12. Entregar manual al usuario que contenga información básica del Dispositivo, recomendaciones de seguridad, limpieza y desinfección, para el uso adecuado del mismo y copia de la garantía para cada Dispositivo entregado por usuario., 13. Presentar a la Subred mínimo dos (02) muestras por cada uno de los elementos objeto de este contrato, con el fin de escoger el diseño a fabricar.,14. Las demás que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la Supervisión

FIRMAS	**Nombre y Firma del solicitante:**	**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**
	VoBo. Subgerente Corporativo y/o Servicios:	**EDILSA MAURY BELLO**
	VoBo. Gerente	**CLAUDIA LUCIA ARDILA TORRES**

**** Este campo es diligenciado por el área receptora:**
¿La compra o servicio solicitada se encuentra incluida en el Plan de Compras de la entidad? SI _X__ NO ___

Observaciones (si el bien o servicio no esta incuido indicar el porque, o las necesidades específicas): Se debe dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas en los Convenios Interadministrativos firmados con los Fondo de Desarrollo Local de las localidades Antonio Nariño, Santa Fé, Los Martires, San Cristobal, La Candelaria y Rafael Uribe Uribe.