

FORMULARIO 1. CARTA DE DOCUMENTOS HABILITANTES PARA EL PROVEEDOR

Fecha:

Señores:

ENTIDAD DE GESTION ADMINISTRATIVA Y TECNICA - EGAT

Ciudad.

Yo, ANA LUCIA CASTILLA SANJUAN, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 37.315.275 expedida en OCAÑA NORTE DE SANTANDER, como Representante Legal de la compañía FARMALOGICA S.A con NIT No. 830057982-4, **manifiesto bajo la gravedad de juramento** que cumplo con los siguientes:

A. DOCUMENTOS A PRESENTAR POR CADA UNO DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS

3. Certificamos que los ítems que ofertamos cumplen con las características descritas en la ficha técnica de producto, contenida en el ANEXO 3. ANEXO DEL PRODUCTO.

B. DOCUMENTOS HABILITANTES PARA EL PROVEEDOR

4. Compromiso de cambio: Nos comprometemos a entregar los medicamentos con fechas de vencimiento no inferior a dos (2) años ó el 75% de la vida útil, declarada en el registro sanitario, al momento de la recepción técnica del mismo en la institución; así mismo, nos comprometemos a cambiar los medicamentos cuya fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de notificación, por parte de la Subred, aun cuando los contratos celebrados con la Subred cumplan su vigencia y/o vencimiento, también acogemos la condición de que no se aceptarán condiciones ni políticas internas del proveedor para cambios de insumos por próximo vencimiento distintas a las pactadas en este contrato.

5. Capacidad de distribución: Certificamos que:

CONCEPTO	CRITERIO	
	Cumple	No cumple
Contamos con almacén en Bogotá	X	
Contamos con capacidad de distribución en Bogotá	X	
Contaremos con el stock suficiente de los productos de los que resulte adjudicado	X	
Tiempo de respuesta a llamados de urgencia de máximo seis (6) horas	X	
Tiempo de respuesta a demás requerimientos de veinticuatro (24) horas	X	
Contamos con certificado para transportar medicamentos de acuerdo con la habilitación por parte de la secretaria distrital de Salud	X	
Plan de contingencia para el proceso de entrega de los medicamentos	X	

[Handwritten signature]

6. Farmacovigilancia: Certificamos que la persona responsable del programa de farmacovigilancia en nuestra entidad es: Nombre: ANA LUCIA VELASQUEZ
Teléfono: 3134679602,

Así mismo certifico que nos encontramos inscritos en la red nacional de farmacovigilancia. Nos comprometemos a suministrar la evidencia de la participación en el programa nacional de farmacovigilancia y los reportes que así sean necesarios, según lo requiera el supervisor del contrato de la Subred.

7. Accesorios: En caso de ser necesario, el medicamento será entregado con los aditamentos necesarios para su correcta administración, en las cantidades y referencias técnicas definidas por el supervisor del contrato designado por la Subred integrada de Servicios de Salud sur occidente del D.C.

8. Compromiso ambiental: Certificamos que contamos con el plan de gestión de residuos o desechos generado en posconsumo.

9. Desabastecimiento: En caso de ser necesario, informaremos de manera oportuna el diligenciamiento del procedimiento de desabastecimiento ante la autoridad sanitaria competente, así mismo nos comprometemos a proporcionar alternativas que cumplan y correspondan con las características técnicas del producto contratado.

10. Elementos en comodato: nos comprometemos a entregar en comodato y por el tiempo que dure la vigencia de la negociación conjunta, los equipos necesarios para el uso de los medicamentos y/o insumos adjudicados.

11. Recepción técnica: Nos comprometemos a entregar los medicamentos a las Subredes Integradas de servicios de Salud según se acuerde con el supervisor del contrato mediante recepción técnica de los mismos, donde se validará la concordancia de las cantidades, fechas de vencimiento, número de lotes y el estado en general de los medicamentos y por lo tanto no se admiten entregas de productos por transportadora.

Nota: el diligenciamiento de este FORMULARIO debe hacerse sin alterar, adicionar o modificar el mismo.

Firma 

Nombre ANA LUCIA CASTILLA SANJUAN

C.C. 37.315.275
REPRESENTANTE LEGAL