Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0**, certifico que la empresa **POLIMEDIC´S FARMACEUTICA SAS "POLIFARMA SAS".** Certifico que "Somos distribuidores autorizados de los bienes debidamente ofrecidos en los términos del presente proceso"



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a suministrar productos con vida útil mayor al 75% desde el momento de la entrega y cambiar de forma inmediata el 100% de los dispositivos medico quirúrgicos que eventual o esporádicamente sean recibidos por la Subred, para lo cual la Entidad notificará con una antelación de seis (6) meses antes de la fecha de vencimiento.



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Calle 71 No. 29 A - 23 Bogotá, D.C. - Colombia · Teléfonos: 311 2668 - 606 8375 - 606 8702 - 240 5051
E-mail: polifarma_sa@yahoo.com • polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a entregar el respectivo apoyo tecnológico (elementos en comodato) por el tiempo que durante el término de vigencia del contrato que se suscriba entre las partes, los equipos necesarios para el uso de los Dispositivos Médicos Adjudicados.

Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a suministrar junto con el o los equipos el protocolo de limpieza y desinfección de estos.



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a suministrar copia de la hoja de vida del equipo la cual incluye el historial de mantenimiento efectuado a este, Ficha técnica, Manual de usuario en castellano, guía rápida plastificada. Esta información deberá ser suministrada por cada equipo que haga parte de la propuesta presentada.

Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Certificando se dará soporte técnico cuando los equipos presenten fallas Técnicas. En caso de ser necesario el retiro del equipo, se dejara uno de las mismas características técnicas.



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Certificando se dará capacitación técnica y asistencial al personal del servicio donde va está el equipo como al personal de ingeniería de la sede.

Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a suministrar en formato digital los protocolos de mantenimiento que se le realizaran al equipo.



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a efectuar el cambio del equipo(s) cuando esté presente fallas técnicas, defectos de fabricación y/o se evidencie re manufactura.

Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a suministrar copia en medio magnético de la hoja de vida y sus soportes del personal que realizara el mantenimiento a el o los equipo(s) ofertado(s).



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a relacionar las entidades en donde los equipos ofertados han estado previamente.



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com

Bogotá, D.C., 20 de Marzo de 2024

Señores
SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Bogotá

REF.: **OC-043-2024 "CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO No 1 Y EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO''**

La presente tiene por objeto informar que yo **NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**, identificado con CC. **52.543.007** de Bogotá D.C. obrando en calidad de Representante Legal de **POLIMEDIC´S FARMACEÚTICA S.A.S. "POLIFARMA S.A.S."** con NIT: **800.151.064-0.** Nos comprometemos a cumplir la Política Ambiental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Firma:	
Nombre completo Representante legal:	**NANCY PATRICIA VARGAS BELTRÁN**
Cedula de Ciudadanía:	52.543.007 de Bogotá D.C.
Dirección comercial:	Calle 77 #28B - 33
NIT:	800.151.064-0
No. Teléfono:	(1) 311 2868
Domicilio Legal:	Calle 77 #28B - 33
Dirección correo electrónico:	polifarmasa@gmail.com