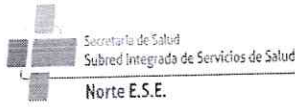


	OTROSÍ No. 6 ADICIÓN AL CONTRATO No. 047 DE 2019	CÓDIGO: AP-CT-F-32-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 3
		FECHA : 06/06/2018

Entre los suscritos, a saber: **YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ.**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C identificada con Cédula de Ciudadanía No.52.187.421 de Bogotá, D.C., en su calidad de **GERENTE** de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**, con NIT 900971006-4, de conformidad con el Decreto de Nombramiento Núm. 159 del cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017) expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión de fecha (siete) 07 de abril de dos mil diecisiete (2017), de una parte quien para efectos del presente **OTROSI** se denominará **EL CONTRATANTE** y de la otra parte **JORGE FERNANDO VELAZCO PEINADO**, Identificado con la C.C. No. 88.244.655 de Cúcuta, en su calidad de Representante Legal de la empresa **DIPROMEDICOS S.A.S.** con Nit 900.493.018-1, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, previas las siguientes **CONSIDERACIONES:** a) Que el día 27 de Marzo de 2019, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y el **CONTRATISTA** celebró el Contrato de Suministro **No. 047 de 2019** cuyo objeto es: *insumos para el suministro de material de osteosíntesis, injertos óseos y dispositivos médico-quirúrgicos, para las especialidades de ortopedia, cirugía de tórax, cirugía de mano, cirugía artroscópica, trauma, cirugía columna, cirugía maxilofacial, cirugía de otorrinolaringología, 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.*, y cuyo valor inicial se pactó por la suma de **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS (\$120.000.000) M/CTE.** b) Que el plazo de ejecución del mismo se pactó por el término de **Tres (3) meses** contados a partir de la suscripción del acta de inicio, la cual se llevó a cabo a partir del **08 de Abril de 2019** hasta el **07 de Julio de 2019.** c) Que mediante **OTROSI No. 1** de fecha 6 de junio de 2019, se prorrogó el plazo de ejecución del contrato en un término de CINCO (5) MESES MÁS contados a partir del **08 de Julio de 2019** hasta el **07 de Diciembre de 2019.** d) Que mediante **OTROSI No. 2** de fecha 12 de junio de 2019, el contrato fue objeto de modificación en el sentido de cementos óseos con antibiótico y sin antibiótico anexo al kit de reemplazos articulares. e) Que mediante **OTROSI No. 3** de fecha TREINTA MILLONES DE PESOS (\$30.000.000) M/CTE, quedando en un valor total de **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$150.000.000) M/CTE.** f) Que

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	OTROSÍ No. 6 ADICIÓN AL CONTRATO No. 047 DE 2019	CÓDIGO: AP-CT-F-32-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 2 DE 3
		FECHA : 06/06/2018

mediante **OTROSI No. 4** de fecha 23 de octubre de 2019, se modificó la CLAUSULA CONTROL Y SUPERVISION, designando como supervisor del contrato a la Subgerente de servicios de salud y a la directora del servicios de hospitalización con apoyo del profesional especializado de la subgerencia de servicios de salud. **g)** Que mediante **OTROSI No. 5** de fecha 6 de diciembre de 2019, se prorrogó el plazo de ejecución del contrato en un término de **UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS MÁS** contados a partir del **08 de diciembre de 2019** hasta el **31 de enero de 2020**. **h)** Que existe informe de seguimiento del contrato suscrito por el supervisor del contrato, donde da cuenta del cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista y la ejecución financiera y presupuestal del contrato, y dentro del cual se requiere adicionar el contrato **No. 047-2019** para garantizar la continuidad en la prestación del servicio de material para las especialidades de ortopedia, cirugía de tórax, cirugía de mano, cirugía artroscópica, trauma, cirugía de columna, cirugía maxilofacial, cirugía de otorrinolaringología, neurocirugía, dentro de los diferentes procesos y procedimientos necesarios para la prestación de los servicios de salud a los usuarios de la Subred Norte E.S.E, dicho informe cuenta con el visto bueno de la Gerencia y es viable jurídicamente. Conforme a lo anterior las partes de mutuo acuerdo hemos **ACORDADO: CLÁUSULA PRIMERA: ADICIONAR** el valor del presente contrato en un valor de **SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000) M/CTE. CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato, para todos los efectos quedara en la suma de **DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS (\$210.000.000) M/CTE. CLÁUSULA TERCERA:** La suma de dinero a que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, queda obligado en virtud de esta **adición**, se subordina a las apropiaciones presupuestales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la Entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal: No. 23201020102, Nombre del Rubro: Material Médico Quirúrgico del Presupuesto para la vigencia fiscal de 2019, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 2391 del 13 de diciembre de 2019, expedida por el responsable de Presupuesto del Área Financiera de la entidad. **CLAUSULA CUARTA: EI CONTRATISTA** se obliga a ajustar la póliza en valor y subirla a la plataforma SECOP II para su respectiva aprobación (si a ello hubiere lugar). **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones y obligaciones descritas en el contrato **No. 047-2019**, se mantienen sin modificación alguna. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí

	OTROSÍ No. 6 ADICIÓN AL CONTRATO No. 047 DE 2019	CÓDIGO: AP-CT-F-32-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 3 DE 3
		FECHA : 06/06/2018

al contrato **No. 047 de 2019**, se entiende perfeccionado con la firma de las partes de forma electrónica dentro de la plataforma SECOP II.

Para constancia se firma en Bogotá DC., a los **trece (13) días del mes de diciembre de 2019**.

EL CONTRATANTE

YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ
 Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

EL CONTRATISTA



JORGE FERNANDO VELAZCO PEINADO
 Representante Legal
DIPROMEDICOS S.A.S.

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Yuly Katherin Davila Marin	Profesional de Apoyo Administrativo	
Proyectado por			
Aprobado por:	Lidia Hemilet Cala Celis	Directora de la oficina de contratación	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma			

CODIGO DE RECAUDO
111004072943

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

PÓLIZA
AA022363

FACTURA
AA072943



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 PRODUCTO CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00004 CERTIFICADO AA072230 DOCUMENTO Modificación TEL: 5730309
AGENCIA CUCUTA DIRECCIÓN AV.0 NO.12-66 OFIC.202

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
14	12	2019	DESDE	DD	MM	AAAA	13	12	2019	HORA	12:00
			HASTA	DD	MM	AAAA	31	05	2020	HORA	12:00

DATOS GENERALES

TOMADOR DIPROMEDICOS SAS
DIRECCIÓN AV 11E #5AN-86 SANTA LUCIA
ASEGURADO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCIÓN CRA 6A # 119B-14
BENEFICIARIO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCIÓN CRA 6A # 119B-14
AFIANZADO DIPROMEDICOS SAS
DIRECCIÓN AV 11E #5AN-86 SANTA LUCIA
E-MAIL notiene@notiene.com
E-MAIL GERENCIA@HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO
E-MAIL GERENCIA@HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO
E-MAIL notiene@notiene.com
NIT/CC 900493018
TEL/MOVI 5745075
NIT/CC 900971006
TEL/MOVI 6191220
NIT/CC 900971006
TEL/MOVI 6191220
NIT/CC 900493018
TEL/MOVI 5745075

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN

DETALLE

CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN TIPO DE CONTRATO	BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA CALLE 66 N° 15-41 CALLE 66 N° 15-41 SUMINISTROS
--	--

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	\$21,000,000.00
Calidad y Correcto Funcionamiento de los Bienes y Equipos Suministrados	\$21,000,000.00

VIGENCIAS GARANTÍA

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
13/12/2019	31/05/2020	170
13/12/2019	31/05/2020	170

VALOR ASEGURADO TOTAL \$42,000,000.00

NÚMERO DE RIESGOS	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
	\$16,807.	\$.	\$3,193.	\$20,000.

FORMA DE PAGO Contado

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%.

ENTIDAD BANCARIA

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
807002701	LUCY PEINADO E HIJOS AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS LTDA	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

#324

CODIGO DE RECAUDO
111004072943

PÓLIZA
AA022363

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

FACTURA
AA072943



equidad
seguros



INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403

PRODUCTO CUMPLIMIENTO ESTATAL

COD. AGENCIA 00004

CERTIFICADO AA072230

DOCUMENTO Modificacion

TEL: 5730309

AGENCIA CUCUTA

DIRECCIÓN AV.0 NO.12-66 OFIC.202

FECHA DE EXPEDICIÓN

14 12 2019
DD MM AAAA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DESDE DD 13 MM 12 AAAA 2019
HASTA DD 31 MM 05 AAAA 2020

HORA 12:00
HORA 12:00

FECHA DE IMPRESIÓN

14 12 2019
DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR DIPROMEDICOS SAS

NIT/CC 900493018

DIRECCIÓN AV 11E #5AN-86 SANTA LUCIA

E-MAIL notiene@notiene.com

TEL/MOVIL 5745075

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE INCREMENTA EL VALOR ASEGURADO EN ATENCION AL OTRO SI No. 6 ADICION AL CONTRATO 047 DE 2019.

SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO Y CALIDAD DE LOS BIENES SUMINISTRADOS CONTRATO DE SUMINISTRO N° 047-2019 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E Y DIPROMEDICOS S.A.S.

OBJETO: INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, INJERTOS ÓSEOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, CIRUGÍA DE TÓRAX, CIRUGÍA DE MANO, CIRUGÍA ARTROSCÓPICA, TRAUMA, CIRUGÍA COLUMNA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL, CIRUGÍA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, 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.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 120.000.000=
VALOR ADICION AL CONTRATO \$ 30.000.000=
VALOR ADICIONAL 6 \$ 60.000.000
TOTAL VALOR CONTRATO \$ 210.000.000=

PARA TODOS LOS EFECTOS SE DEJA CLARO QUE LA PRESENTE PÓLIZA SE ENCUENTRA VIGENTE DESDE 27/03/2019.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 04/12/2015-1501-P-05-0000000000000403

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPANIAS DE SEGUROS

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA
AA022364

FACTURA
AA072944



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificación PRODUCTO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL
CERTIFICADO AA072231 FORMA DE PAGO Contado TELEFONO 5730309
AGENCIA LUCY PEINADO E HIJOS AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS LTDA DIRECCIÓN AV.0 NO.12-66 OFIC.202

ORDEN 1
USUARIO ACAMACHO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
14	12	2019	DESDE	DD	MM	AAAA	14	12	2019
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
				13	12	2019			
				30	04	2020			

DATOS GENERALES

TOMADOR DIPROMEDICOS SAS
DIRECCIÓN AV 11E #5AN-86 SANTA LUCIA
ASEGURADO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCIÓN CRA 6A # 119B-14
BENEFICIARIO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCIÓN CRA 6A # 119B-14

EMAIL notiene@notiene.com

EMAIL GERENCIA@HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO

EMAIL GERENCIA@HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO

NIT/CC 900493018
TEL/MOVL 5745075
NIT/CC 900971006
TEL/MOVL 6191220
NIT/CC 900971006
TEL/MOVL 6191220

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN CANAL DE VENTA	BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA CALLE 66 N° 15-41 CALLE 66 N° 15-41 DIRECTO

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Predios Labores y Operaciones.	\$42,000,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Contratistas y Subcontratistas.	\$12,600,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Responsabilidad Civil Patronal.	\$12,600,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Gastos Médicos	\$6,300,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$42,000,000.00	\$22,633.00		\$4,300.00	\$26,933.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	807002701	LUCY PEINADO E HIJOS AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS LTDA	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.
Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

