Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-01-06
		VERSIÓN: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINA: 1 DE 2
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	FECHA: 22/05/2020

FECHA DE SOLICITUD D/M/A	17/11/2020	FECHA DE RECIBIDO D/M/A	

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE	LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE	
PROCESO:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	
REO ELECTRÓNICO Y TELÉFO	diradministrativo@subrednorte.gov.co -	
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	Directora Administrativa - Dirección Administrativa	PAA (X) PROYECTO ( )

OBJETO A CONTRATAR

SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO-QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES ASISTENCIALES 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 en 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 poblacion objeto de las localidades de Chapinero, Usaquen, Engativa, Suba, Barrios Unidos, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población. quienes a traves de un regimen de contratacion de derecho privado, hace que con mayor agilidad puedar dar cumplimiento a las satisfaccion de las necesidades de toda una poblacion bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantia al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacia de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.

Para el normal funcionamiento de la Subred, se cuenta con la Direccion Administrativa que es el area encargada de velar por que los servicios asistenciales cuenten con los insumos necesarios para la correcta prestacion del Servicio de Salud en las diferentes unidades, de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E..

En tal sentido se requiere la contratación urgente de los insumos medico quirurgicos, referidos en la Descripción del Bien, con el fín de garantizar la operatividad, oportunidad para la atención y tratamiento a los pacientes en las diferentes unidades.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

Ítem	CODIGO SERVINTE	Nombre/Descripcioón	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	MQ2853	CATETER CENTRAL DE INSERCION PERIFERICA 18G X 70 CM BILUMEN 5FR	A DEMANDA	UNIDAD	11		NINGUNA	X
2	CREAR	CATETER HEMODIALISIS PERITONEAL ADULTO 15FR 57.5CM DOS RETENES	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
3	MQ2159	CATETER HEMODIALISIS PERMANENTE ADULTO 14.5FR 28CM RECTO	A DEMANDA	UNIDAD	7		NINGUNA	X
4	CREAR	CATETER HEMODIALISIS TEMPORAL 11 FR X 12 CM CON	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
5	MQ2575	CATETER HEMODIALISIS TEMPORAL ADULTO 11FR 20 CM RECTO	A DEMANDA	UNIDAD	6		NINGUNA	X
6	CREAR	CATETER MAHURCA RECTO DE 2 LUMENES DE 7FR X 10	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
7	CREAR	CATETER MAHURCA RECTO DE 2 LUMENES DE 9FR X 12	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
8	MQ2575	CATETER MAHURKAR DE 11FR X 15CM RECTO DE 2 LUMENES	A DEMANDA	UNIDAD	6		NINGUNA	X
9	MQ2615	CATETER NEONATAL PERITONEAL 15 FR X 18 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
10	CREAR	CATETER PERIFERICO PEDIATRICO DOBLE LUMEN DE 2.6 FR X 50 CM CON KIT INSERCION SOBRE AGUJA	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
11	CREAR	CATETER PERITONEAL COLA CERDO ADULTO 15FR, 57,5 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X

12	CREAR	CATETER PERITONEAL DE 15 FR X 57 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
13	MQ2195	CATETER PERITONEAL PEDIATRICO COLA DE CERDO 15FRX40.25CMS	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
14	MQ0336	CATETER PERITONEAL RECTO PEDIATRICO DE 15 FR X 31 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
15	MQ2845	CATETER PERITONEAL RECTO SERIE "I" PEDIATRICO UN RETEN DE 15 FR. X 31 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
16	MQ2158	CATETER PERMANENTE RECTO BILUMEN ADULTO HEMOFLOW ALTO FLUJO 14.5FR X 24CM CON SET REF. HFS24E	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
17	MQ2159	CATETER PERMANENTE RECTO BILUMEN ADULTO HEMOFLOW ALTO FLUJO 14.5FR X 28CM CON SET REF. HFS28E	A DEMANDA	UNIDAD	7		NINGUNA	X
18	CREAR	CATETER RECTO COAXIAL DOBLE LUMEN 7 FR 10 CMS.	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
19	CREAR	CATETER RECTO COAXIAL DOBLE LUMEN 9 FR 12 CMS.	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
20	CREAR	CATETER RECTO TABICADO DOBLE LUMEN 11 FR 15 CMS.	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
21	MQ2166	CATETER TEMPORAL PRECURVADO DOBLE LUMEN ADULTO COAXIAL 14 FR 15 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
22	MQ2546	CATETER TEMPORAL PRECURVADO DOBLE LUMEN ADULTO COAXIAL YUGULAR DE 11,5 FR, 15 CM	A DEMANDA	UNIDAD	16		NINGUNA	X
23	MQ2151	CATETER TEMPORAL PRE-CURVADO DOBLE LUMEN FREE-FLOW YUGULAR POLIURETANO 12.5 FR 15 CM KIT PARA INSERCION	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
24	MQ2062	CATETER TEMPORAL RECTO BILUMEN ADULTO COAXIAL ALTO FLUJO 14FR 20CM SET INSERCION DFXL148MTE	A DEMANDA	UNIDAD	8		NINGUNA	X
25	MQ0338	CATETER TEMPORAL RECTO DOBLE LUMEN ADULTO COAXIAL EN POLIURETANO ALTO FLUJO 14 FR 15 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
26	CREAR	CATETER TEMPORAL RECTO DOBLE LUMEN ADULTO TABICADO EN POLIURETANO 11 FR X 15 CM	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
27	MQ2575	CATETER TEMPORAL RECTO DOBLE LUMEN ADULTO TABICADO EN POLIURETANO 11 FR X 20 CM CON KIT PARA INSERCION	A DEMANDA	UNIDAD	6		NINGUNA	X
28	MQ2546	CATETER YUGULAR DE 11.5 FR X 15 CM	A DEMANDA	UNIDAD	16		NINGUNA	X
29	CREAR	CONECTOR DE TITANIO DUO	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X
30	CREAR	KIT PARA HEMOPERFUSION ADULTO	A DEMANDA	UNIDAD	1		NINGUNA	X

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI____ NO__X__

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA			
TÉCNICOS (X)	ECONÓMICOS (x)	OTROS (x)	CUALES: JURIDICO -SARLAFT

CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

REQUISITOS HABILITANTES PARA EL PROVEEDOR:

De acuerdo al comité asesor de contratación, los requisitos habilitantes para el proceso de selección de insumos medico quirúrgicos que se deberan cumplir son los siguientes:

1. Certificado Condiciones Sanitaria del INVIMA para Dispositivos Medico Quirúrgicos, dependiendo de la calidad de fabricante o distribuidor
2. Certificación Capacidad de Almacenamiento, Distribución y entrega de Dispositivos Medico Quirúrgicos (CCAA)
3. Registro Sanitario del Dispositivo Medico Quirúrgico
4. Certificado de Condición de Importador, Distribuidor y/o Fabricante
5. Manejo de Residuos Hospitalarios (Certificacióne expedida por el representante legal)
6. Inscripción al Programa de Tecno vigilancia
7. Concepto Técnico Higiénico Sanitario favorable
8. Ficha técnica del producto
9. Certificado BPM, dependiendo de la calidad del fabricante o distribuidor.

PATRIMONIO AUTÓNOMO ( )	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 CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (X)	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA ( )	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ( )

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

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,
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPOS 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
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES
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
8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL
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
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. Cumplir con las especificaciones de calidad de los productos ofertados
2. Coordinar los procesos de la recepción técnica de insumos acompañados de la remisión con número de lote y fecha de caducidad y /o vencimiento. El insumo debe venir en su empaque original de fábrica, registro invima y ficha técnica.
3. Sustituir o reponer los productos y/o insumos que resulten vencidos o deteriorados en el transporte de los mismos o con defectos de calidad, empaque o conservación, o en caso de siniestro dentro las 24 horas siguientes al suceso ocurrido o solicitud realizada por el supervisor.
4. Los elementos entregados en la E.S.E. deberán corresponder en marca y precio con los ofertados y aprobados en el contrato.
5. Asumir los gastos de trasporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los insumos en el lugar que solicite el supervisor del Contrato.
6. En caso que los consumos de los insumos varíen, se informara al contratista para que ajusten las cantidades de acuerdo a las necesidades.
7. Comunicar al supervisor del contrato con antelación posibles cambios de presentación del insumo.
8. Los elementos entregados deben contar con fecha de vencimiento superior a Doce (12) meses, En la eventualidad que la fecha de vencimiento sea inferior a lo solicitado se debera presentar el respectivo soporte.
9. El oferente debe cumplir con lo estipulado en la circular 026 de 2016 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte para el proceso de Radicación de facturas de venta de bienes y servicios

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

3 MESES

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

N/A

Firmas	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: Elaboró	LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ÁREA Aprobó	LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN: Reviso	MONICA BRIGETTE CELY RAMOS	

OBSERVACIONES:

	ANÁLISIS DE RIESGOS	CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		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 ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	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		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLITICOS:	Son los derivados de los cambios de las politicas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			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			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidadez 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, garantias, contragarantias y refinanciaciones			2					1	3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato									0			Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequias, entre otros									0			Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, asi como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y									0		CONTRATISTA	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 estandares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del									0			Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE
Correo Electrónico	DIRADMINISTRATIVO@SUBREDNORTE.GOV.CO
Cargo:	Directora Administrativa
Fecha Elaboración d/m/a	17/11/2020

ORDEN DE COMPRA 68-2020

14 mensajes

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 24 de noviembre de 2020, 20:48
Para: ventas@colombianmedicare.com.co, info@colombianmedicare.com.co, pedidos@colombianmedicare.com.co

Buenos días

Señores

COLOMBIAN MEDICARE

Mediante el presente se envía documentación requerida para la orden de compra No 68-2020 cuyo objeto es: "SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E"

Esta orden de compra es un proceso de contratación directa con su entidad, por lo anterior se solicita enviar esta documentación con su respectiva cotización a más tardar el día de 26 de noviembre de 2020 antes de las 4.00 p.m

ORDEN DE COMPRA No. 68-2020

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTA	DENTRO DE DOS (2) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE ESTA INVITACIÓN
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE	**JURÍDICOS:** 1. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES **(MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)** 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN **(MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)** 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL. 7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. 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. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)** **TÉCNICOS:** 1. CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIA DEL INVIMA PARA DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS, DEPENDIENDO DE LA CALIDAD DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR 2. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS (CCAA) 3. REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MÉDICO QUIRÚRGICO 4. CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE 5. MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS (CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL REPRESENTANTE LEGAL) 6. PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA 7. CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO SANITARIO FAVORABLE 8. FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO 9. CERTIFICADO BPM, DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR **ECONÓMICOS:** 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.
FORMA DE PAGO	(90) DÍAS 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. NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA E.S.E.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
VALOR	$43.890.000	**CDP No.**	
RUBRO PRESUPUESTAL	MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	**FECHA DE CDP**	

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO			
FORMA DE PAGO	(90) DÍAS 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. NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA ESE.	**PLAZO DE EJECUCIÓN APROXIMADO**	TRES (3) MESES

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) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, 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.
	C) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ 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.
	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.

Quedo atenta,

Gracias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Karen Baracaldo Vargas
Técnico Administrativo
Dirección de Contratación - Compras
Tel: (571) 4431790 ext 1024
3012120144

3 adjuntos

ANEXO SARLAFT.xlsx
50K

ANEXOS 1 Y 2.docx
20K

ESTUDIOS+PREVIOS+INSUMOS+COLOMBIAN MEDICARE +058.xlsx
93K

Colombian Medicare SAS - Pedidos <pedidos@colombianmedicare.com.co>
Para: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

25 de noviembre de 2020, 7:02

Buenos días,

Por favor confirmar si los documentos se pueden enviar por éste mismo medio.

Colombian Medicare SAS

Tel: (571) 211 9002

Cel: (57) 316 874 6344

Skype: colombianmedicare

Bogotá, Colombia

COLOMBIAN MEDICARE

La información contenida en este mensaje y sus archivos anexos (sean de texto, de datos, de imágenes, sonidos o cualquier otra naturaleza) es estrictamente confidencial, privada y pertenece en forma exclusiva a COLOMBIAN MEDICARE SAS y solo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual esta dirigido. Está PROHIBIDA la modificación, retransmisión, difusión, copia u otro uso de esta información por cualquier medio, por personas distintas al destinatario, o para otro fin que no esté dentro de los términos previamente aceptados. Si usted no es el destinatario real, por favor destruya en forma inmediata este mensaje y sus anexos.

[El texto citado está oculto]

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 25 de noviembre de 2020, 7:31
Para: Colombian Medicare SAS - Pedidos <pedidos@colombianmedicare.com.co>

Cordial saludo

Dando alcance a su observación, se aclara que el único medio para hacer envíode la documentaciónes por víacorreo electrónico, esto teniendo en cuenta la situaciónque se vive en el país.

[El texto citado está oculto]

2 adjuntos

COLOMBIAN MEDICARE **image001.png** 9K

COLOMBIAN MEDICARE **image001.png** 9K

Colombian Medicare SAS - Pedidos <pedidos@colombianmedicare.com.co> 26 de noviembre de 2020, 9:05
Para: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

Cordial saludo,

Adjuntamos documentos solicitados.

Debido al tamaño y cantidad de archivos, se envían 2 mensajes.

MENSAJE 1 DE 2

Colombian Medicare SAS

Tel: (571) 211 9002

Cel: (57) 316 874 6344

Skype: colombianmedicare

Bogotá, Colombia

COLOMBIAN MEDICARE

La información contenida en este mensaje y sus archivos anexos (sean de texto, de datos, de imágenes, sonidos o cualquier otra naturaleza) es estrictamente confidencial, privada y pertenece en forma exclusiva a COLOMBIAN MEDICARE SAS y solo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual esta dirigido. Está PROHIBIDA la modificación, retransmisión, difusión, copia u otro uso de esta información por cualquier medio, por personas distintas al destinatario, o para otro fin que no esté dentro de los términos previamente aceptados. Si usted no es el destinatario real, por favor destruya en forma inmediata este mensaje y sus anexos.

De: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>
Enviado el: martes, 24 de noviembre de 2020 8:48 p. m.

Para: ventas@colombianmedicare.com.co; info@colombianmedicare.com.co; pedidos@colombianmedicare.com.co
Asunto: ORDEN DE COMPRA 68-2020

Buenos días

[El texto citado está oculto]

27 adjuntos

- **RELACION SOCIOS.pdf** 149K
- **Copia de ANEXO SARLAFT.pdf** 179K
- **ANEXO 1.pdf** 170K
- **ANEXO 2.pdf** 169K
- **Certificacion Manejo Residuos.pdf** 149K
- **Camara de Cio Colombian Medicare SAS 23-11-2020.pdf** 169K
- **RUT Colombian Medicare 08 Julio 2020.pdf** 179K
- **RIT 08-07-2020.pdf** 26K
- **CC Representante Legal CNC.pdf** 667K
- **Certificado Antecedentes Procuraduria COLMED 25-11-2020.pdf** 30K
- **Certificado Antecedentes Procuraduria RL 25-11-2020.pdf** 30K
- **Certificado Contraloria COLMED 25-11-2020.pdf** 87K
- **Certificado Contaloria RL 25-11-2020.pdf** 87K
- **Certificado Antecedentes Personeria Rep Legal 25-11-2020.pdf** 42K
- **Antecedentes Judiciales RL 25-11-2020.pdf** 205K
- **Medidas Correctivas RL 25-11-2020.pdf** 95K
- **Certificacion Cta Corriente 05-10-2020.pdf** 46K
- **CCAA Colombian Medicare 2019 - Vence 05-11-2024.pdf** 560K
- **Registro Sanitario Hemoperfusores Jafron 15 Feb 2018.pdf** 2119K
- **Registro Sanitario Cateteres Medcomp 25 Feb 2016.pdf** 3498K
- **Certificado Distribucion Exclusiva Medcomp 03-2020 Ing y Esp.pdf** 380K
- **Inscripcion a Programa Tecnovigilancia.pdf** 14K
- **Acta Visita Secretaria Salud 5 Julio 2019 mas Solicitud Visita Jun 2020 rd.pdf** 1615K
- **Certificado BPM FDA Medcomp 12655-7-2019 Exp. 30-07-2021 ENG Y ESP.pdf** 2953K
- **Estados Financieros 2019-2018 con Notas, Dictamen y Certificacion.pdf** 2068K
- **Declaracion de Renta 2019.pdf** 264K
- **COTIZACION 25-11-2020.pdf** 182K

Colombian Medicare SAS - Pedidos <pedidos@colombianmedicare.com.co> 26 de noviembre de 2020, 9:07
Para: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

Cordial saludo,

Adjuntamos documentos solicitados.

Debido al tamaño y cantidad de archivos, se envían 2 mensajes.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CÓDIGO : AP-GF-F-03-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA :08/06/2017

Fecha de la solicitud:

19	11	2020
DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE	
Área ó centro solicitante:	OFICINA DE COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	SUMINISTRO DE MÉDICO-QUIRÚRGICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Rubro presupuestal:	**MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS**
Código del Rubro:	**321020102**
Valor Solicitado (En letras y números):	CUARENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL DE PESOS M/CTE ($43.890.000)

FIRMAS		
	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA **Nombre del responsable de área o centro que solicita**	**Firma del solicitante**
	DRA DIANA CAROLINA CAMELO SÁNCHEZ **Nombre del Director que revisa**	**Firma Revisado**
	DR. FABIO CORTES CRUZ **Nombre Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud**	**Vo. Bo.**
	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO **Nombre del Gerente**	**Firma aprobado**

Recibido en Presupuesto _____

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Noviembre 25 De 2020 CDP. No. 2416

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.....: 32102010200000000000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321020102
NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	3,506,592,861.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	3,399,295,317.00
SALDO DE APROPIACION :	6,905,888,178.00

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:
SUMINISTRO DE DISP MEDICOS PARA SUBRED NORTE ESE

POR UN VALOR INICIAL DE :	43,890,000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	43,890,000.00

CUARENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 3,506,592,861.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 3,355,405,317.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (30) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA: 22/052020

INFORMACIÓN DEL PROCESO	
PROCESO No	068-2020
MODALIDAD DE SELECCIÓN	ORDEN DE COMPRA
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E .

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			COLOMBIAN MEDICARE S A S	N/A	N/A
			NIT: 800.192.101-0	N/A	N/A
HABILITANTES JURÍDICOS	**1.** Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	2. Compromiso anticorrupción (modelo anexoNo. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	3. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedicion no mayor a treinta (30) dias)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A	N/A
	4. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N/A Observación:	N/A Observación:
	5. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	6. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	7. Certificado de antecedentes - Procuraduria General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) dias.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:

HABILITANTES JURÍDICOS	**8.** Certificado de antecedentes - Contraloria General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	9. Certificado de antecedentes - Personeria de Bogota del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) dias.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	10. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) dias.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	11. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policia Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) dias.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	12. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-60-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020

INFORMACIÓN DEL PROCESO	
PROCESO No	068-2020 S.NTE
MODALIDAD DE SELECCIÓN	ORDEN DE COMPRA
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1 COLOMBIAN MEDICARE SAS **NIT 800.192.101-0**
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE

OBSERVACIONES: La **propuesta presentada por la empresa COLOMBIAN MEDICARE SAS CUMPLE con la verificación en el SARLAFT.**

*Se llevo a cabo la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. Información necesaria para el conocimiento del cliente

*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT **27/11/2020**	

OC 068

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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	BOGOTÁ/COLOMBIA, 25/11/2020

PERSONA JURÍDICA [X] PERSONA NATURAL [ ] OTRA: [ ] CUAL: _____

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

ASEGURADOR [ ] PROVEEDOR [X] CONTRATISTA [ ] PARTICULAR [ ] OTRO [ ] CUAL: _____

2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	COLOMBIAN MEDICARE SAS	NIT	800.192.101-0

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
	OJEDA	ZAPATA	CARLOS ANDRÉS

CEDULA DE EXTRANJERÍA [ ]	CEDULA DE CIUDADANÍA [X]	NUMERO: 80039084	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) BOGOTÁ 1999-06-17

FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
1981-06-17	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX
TRANSVERSAL 27 A # 53 B 42	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	2119002

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
info@colombianmedicare.com.co	www.colombianmedicare.com.co

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

PUBLICA [ ] MIXTA [ ] PRIVADA [X] SERVICIOS [ ] INDUSTRIAL [ ] FARMACÉUTICA [ ] COMERCIAL [X]

SERVICIOS DE SALUD [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] TRANSPORTES [ ] OTRA [ ] CUAL: _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI [X] NO [ ]	RENTA/CREE	SI [X] NO [ ]	IVA	SI [X] NO [ ]	ICA	SI [X] NO [ ]	CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	4773
								PRINCIPAL [X]	SECUNDARIA [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [X] NO [ ]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [X] NO [ ]

3. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

	SI	NO
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	[ ]	[X]
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	[ ]	[X]
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	[ ]	[X]
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	[ ]	[X]

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, APORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN
*VER ANEXO		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	$ 500.418.583	ACTIVOS TOTALES	$ 6.547.447.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 15.664.000	PASIVOS TOTALES	$ 4.548.214.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 405.806.333	PATRIMONIO	$ 1.999.233.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 47.169.417		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	RENDIMIENTOS FINANCIEROS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS BANCARIOS, INTERESES, DESCUENTOS COMERCIALES CONDICIONADOS, DIFERENCIA EN CAMBIO, DIVERSOS		

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [X] NO [ ]

REDESCUENTO [ ] EXPORTACIONES [ ] LEASING [ ] SERVICIOS [ ] OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS [ ] IMPORTACIONES [X]

PAGO DE SERVICIOS [ ] PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA [ ] INVERSIONES [ ] OTRA [ ] Especifique cual: _____

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
CUENTA COMPENSACIÓN	80100000752	103.000	PANAMÁ	PANAMÁ	USD

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".

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

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): VENTA DE PRODUCTOS MÉDICOS

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, complemente 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, complemente 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 ultimo 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

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 los 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 Prestados 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) Envio 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 medica, 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.

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

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 capitulo 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.

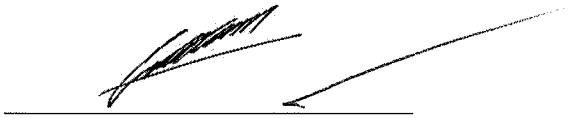
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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 los 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 LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ciudad y fecha	Bogota, 27-Nov/20
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Ashird Russi Prof UMV
3. Lugar de la Entrevista:	Ofi SARLAFT
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-61-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	68-2020
MODALIDAD DE SELECCIÓN	ORDEN DE COMPRA
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO-QUIRÚRGICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			COLOMBIA MEDICARE	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 800.192.101-0	No. NIT:	No. NIT:
TÉCNICOS (Trasladar a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Certificado Condiciones Sanitaria del INVIMA para Dispositivos Medico Quirúrgicos, dependiendo de la calidad de fabricante o distribuidor	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Certificación Capacidad de Almacenamiento, Distribución y entrega de Dispositivos Medico	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Registro Sanitario del Dispositivo Medico Quirúrgico	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Certificado de Condición de Importador, Distribuidor y/o Fabricante	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Certificado de Condición de Importador, Distribuidor y/o Fabricante	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Inscripción al Programa de Tecno vigilancia	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Concepto Técnico Higiénico Sanitario favorable	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Ficha técnica del producto	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	Certificado BPM, dependiendo de la calidad del fabricante o distribuidor.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			NA		

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	LUCERO LOPEZ BETANCOURT QUIMICA FARMACEUTICA PROFESIONAL - DIRECCION ADMINISTRATIVA	Lucero Lopez B.