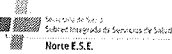
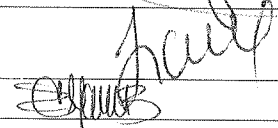
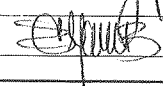
	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-01-06
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 6
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 22/05/2020	
FECHA DE SOLICITUD D/M/A	17/2/2021	FECHA DE RECIBIDO D/M/A	
DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE DEL SOLICITANTE	CHRISTIAN ANDRES DIAZ MEJIA		
PROCESO:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		
EMAIL ELECTRÓNICO Y TELEFONO	lideralmacengeneral1@subrednorte.gov.co		
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	CHRISTIAN ANDRES DIAZ MEJIA - Líder de Almacén General	PAA (X) PROYECTO ()	
OBJETO A CONTRATAR			
SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR			
<p>La Subred Integrada de Servicios de Salud es 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 población objeto de las localidades de Chapinero, Usaquén, Engativá, Suba, Barrios Unidos y demás que demanden los servicios de salud, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población. quienes, a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad pueda dar cumplimiento a la satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.</p> <p>Dado lo anterior, en aras de garantizar el normal funcionamiento de la Subred, se cuenta con la Dirección Administrativa que es el área encargada de velar por que los servicios asistenciales cuenten con los insumos necesarios para la correcta prestación del Servicio de Salud en las diferentes unidades de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E.</p> <p>En tal sentido se requiere la contratación urgente de los insumos medicos quirúrgicos que garanticen en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios de las distintas unidades prestadoras de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</p> <p>Dado lo anterior y teniendo en cuenta que la empresa SUPLESALUD IPS S.A.S., identificada con el NIT 805.029.546-6, actualmente tiene suscrito un comodato cuya vigencia va hasta el 31 de mayo de 2021, la Subred Norte, en cumplimiento con la Resolución No. 1200 de 2017 "Por el cual se adopta el Manual de Contratación", procede bajo la causal de casos especiales de contratación directa, a realizar invitación directa a la Empresa anteriormente señalada como quiera que la figura de Comodato como acuerdo accesorio de un contrato principal permite la invitación directa a un proponente".</p>			
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR			

Item	CODIGO SERVIENTE	Nombre/Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	MQ1860	KIT TALLA SMALL GASA	A DEMANDA	UNIDAD				
2	MQ1860	KIT TALLA SMALL ESPUMA	A DEMANDA	UNIDAD				
3	MQ1945	KIT TALLA MEDIUM GASA	A DEMANDA	UNIDAD				
4	MQ1945	KIT TALLA MEDIUM ESPUMA	A DEMANDA	UNIDAD				
5	MQ1625	KIT TALLA LARGE GASA	A DEMANDA	UNIDAD				
6	MQ0749	KIT TALLA LARGE ESPUMA	A DEMANDA	UNIDAD				
7	MQ2788	KIT TALLA X-LARGE GASA	A DEMANDA	UNIDAD				
8	MQ1623	KIT TALLA ABDOMINAL CON CAMPO FENESTRADO	A DEMANDA	UNIDAD				
9	MQ1717	CANISTER 1.000 C.C	A DEMANDA	UNIDAD				
10	MQ3092	KIT TUBERIA EN Y	A DEMANDA	UNIDAD				
11	MQ3111	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA S-0012	A DEMANDA	UNIDAD				
12	MQ2389	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA M-0022	A DEMANDA	UNIDAD				
13	MQ2341	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA L-0032	A DEMANDA	UNIDAD				
14		KIT TALLA X-LARGE ESPUMA	A DEMANDA	UNIDAD				
15		CANISTER 200 C.C	A DEMANDA	UNIDAD				
16	MQ2005	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA XL-0043	A DEMANDA	UNIDAD				
17		APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA XL-0042	A DEMANDA	UNIDAD				
18		APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA S-0013	A DEMANDA	UNIDAD				
19		APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA M-0023	A DEMANDA	UNIDAD				
20	MQ2342	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA L-0033	A DEMANDA	UNIDAD				

264
17-02-21
P.

		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO: AP-C-7-F-01-06 VERSIÓN: 6 PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN 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 (debe venir codificado con el respectivo nombre de cada item relacionado) 4. Certificado de Condición de Importador, Distribuidor y/o Fabricante 5. Manejo de Residuos Hospitalarios (Certificación expedida por el representante legal) 6. Inscripción al Programa de Tecno vigilancia 7. Concepto Técnico Higiénico Sanitario favorable 8. Ficha técnica del producto (debe venir codificado con el respectivo nombre de cada item relacionado) 9. Certificado BPM, dependiendo de la calidad del fabricante o distribuidor					
PATRIMONIO AUTÓNOMO ()	PÓLIZA PAGO DE SALARIO, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES ()	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 PROVISIÓN DE REPUESTOS , ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ()	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (X)	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA ()	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ()	
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA					
GENERALES:					
1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 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, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 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 DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 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 PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 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 LOS ORGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 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 transporte, 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. Entregar los insumos con una vigencia no inferior a dos (2) años, en caso de que al momento de la entrega tenga una vigencia inferior, se debe adjuntar carta de compromiso de cambio si r. se da la rotación del producto, sin embargo al momento del recibo, la vigencia no puede ser inferior a seis (6) meses. 9. Realizar cambio de productos cuando no se de la rotación esperada, por variación en la prestación del servicio, cuando su vigencia sea inferior a tres (3) meses 10. 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)					
2 MESES					
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA					
N/A					
Firmas	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	CHRISTIAN ANDRES DIAZ MEJIA			
	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEL AREA	LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE			
	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE CONTRATACION	 MONICA BRIGETTE CELY RAMOS			
OBSERVACIONES:					

3

CONTRATO DE COMODATO No. SN-10-2017

CELEBRADO ENTRE SUPLESALUD IPS S.A.S., CON NIT 805.029.546-6 Y SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

COMODANTE: SUPLESALUD IPS S.A.S.
COMODATARIO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. VALOR
TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESOS
M/CTE (240.830.000)
PLAZO DEL CONTRATO: EL TERMINO CONTADO DESDE LA ENTREGA AL COMODATARIO, HASTA LA DEVOLUCION EFECTIVA AL COMODANTE
FECHA DE LEGALIZACION:

Los suscritos **PAULINA TAPIAS BOTERO** mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.414.286 obrando en calidad de representante legal de la sociedad **SUPLESALUD IPS S.A.S.** con NIT 805.029.546-6, quien en adelante se denominara el **COMODANTE**, de una parte y de la otra **YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**, también mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.187.421 de Bogotá, obrando en su calidad de **COMODATARIO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, con NIT 900.971.006-4, de conformidad con el Decreto N° 159 del cinco (5) de Abril de dos mil diecisiete (2017) expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión del 7 de abril de 2017 se denominara **COMODATARIO** hemos convenido celebrar el siguiente contrato de **COMODATO** para equipos en apoyo tecnológico ubicados en el área de Cirugía y Hospitalización. En consecuencia, el presente contrato se registrará por las disposiciones legales aplicables a la materia de que se trata esta contratación y en especial por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO:** El COMODANTE entrega al COMODATARIO y este recibe a título de comodato como apoyo tecnológico los bienes relacionados a continuación: DIEZ (10) EQUIPO SIMEX 300 – PARA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA, demás características y especificaciones técnicas descritas en la hoja de vida de los equipos, aportados por el COMODANTE, documentos que forman parte integral del presente contrato. **PARAGRAFO PRIMERO:** los bienes objeto del presente contrato de comodato serán usados única y exclusivamente en las instalaciones del COMODATARIO, UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR, UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA Y UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD ENGATIVA en la ciudad de Bogotá. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Durante la vigencia del presente contrato, el uso de los equipos adicionales que el COMODANTE entregue en sustitución quedaran sujetos a los plazos, términos y condiciones previstos en este contrato. **PARAGRAFO TERCERO:** Los equipos mencionados, incluyen las siguientes características técnicas que se describen a continuación:

INSTITUCION	SERIAL	MAQUINA	CIUDAD	VALOR
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028234	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028239	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028245	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028246	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028247	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028248	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
				144,498,000

INSTITUCION	SERIAL	MAQUINA	CIUDAD	VALOR
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD ENGATIVA	SN 40028251	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
				24,083,000

INSTITUCION	SERIAL	MAQUINA	CIUDAD	VALOR
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA	SN 40028244	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA	SN 40028238	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA	SN 40028243	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
				72,249,000

INSTITUCION	SERIAL	MAQUINA	CIUDAD	VALOR
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD ENGATIVA	SN 40028251	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028234	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028239	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028245	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028246	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028247	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SIMON BOLIVAR	SN 40028248	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SUBA	SN 40028244	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SUBA	SN 40028238	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE SALUD SUBA	SN 40028243	SIMEX 300	BOGOTA	24,083,000

CONSOLIDADO TOTAL DE MAQUINAS SUBRED INTEGRADA DE SALUD NORTE

CARACTERISTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO SIMEX	
FLUJO DE AIRE DE LA BOMBA	8 LITROS MINIMO
PRESION NEGATIVA	MAXIMO- 200mmHg Factor de conversión 1kpa-7.5mmhg
CILINDRO RECOLECTOR	SISTEMA DE ENVASE DESECHABLE
TUBERIA DE SUCCION	VARIOS SISTEMAS DE DRENAJE, EN FUNCION DE PROVEEDOR Y APLICACIONES ESPECÍFICAS. TIPO Y CLASE DE USO ESTAN DETERMINADOS POR EL PERSONAL MEDICO.
VOLTAJE NOMINAL DE ADAPTADOR DE SUMINISTRO DE ENERGIA.	100 -240V PRIMARIO / 12 VDC SECUNDARIO
CARGA MAXIMA DE CORRIENTE.	1.25 A
FRECUENCIA DE LA RED DEL ADAPTADOR DE SUMINISTRO DE ENERGIA.	50/60 HZ
VOLTAJE NOMINAL DE CIRCUITO ELECTRONICO	12 V
CONSUMO DE ENERGIA	15 W(OPERANDO Y CARGANDO) 10 W (SOLO CARGANDO)
CORRIENTE DE ENERGIA	1.25 a
BATERIA RECARGABLE	7,4 AV, 4,4 Ah- BATERIA DE LITIO-ION
TIEMPO DE CARGA DE BATERIA VACIA	6-7 HORAS
TIEMPO DE CARGA DE ½ BATERIA VACIA	3-3,5 HORAS
DIMENSIONES	290X259+100 (cilindro) X 130 mm (11.4 X 10.2 + 3.9 (cilindro) X 5.1
PESO (UNIDAD BASICA)	Acerca de 2.2 kg
TIEMPO OPERANDO	OPERACIÓN CON CORRIENTE ALTERNA: OPERACIÓN CONTINUA. OPERACIÓN CON BATERIA: APROXIMADA 24 A 48 HORAS DEPENDIENDO DEL USO.
GRADO DE PROTECCION ACC. PARA IEC 601-1	TIPO BF

CLASES DE RIESGO ACORDE CON 93/42/EEC, IX	IIA
CLASE DE PROTECCION ACORDE CON IEC601-1	II
UL CLASIFICACION	UNIDAD DE SUCCION MEDICA CON RESPECTO A UN CHOQUE ELECTRICO Y RIESGO MECANICO SOLO EN ACUERDO CON UL 60601-1/CAN/CSA C22.2 No. 601.1 3 KCK
MARCA CE	CE0483
EMISION DE SONIDO	35 Db (A)
CONDICIONES DE AMBIENTE	DEPOSITO/TRANSPORTE – 10°C+60°C (14°F-140°F) OPERACIÓN +5°C+35°C (41°F-95°F) RECOMENDADO TEMPERATURA DE CARGA: +15°C-30°C (59°F-86°F) 5 ARRIBA DE 80% HUMEDAD RELATIVA. NO CONDENSACION PRESION ATMOSFERICA: 860hPa...1060Hpa
REF	10803.1

SEGUNDA: SITIO Y FORMA DE ENTREGA: El COMODANTE se obliga con el COMODATARIO a entregar los bienes objeto del contrato en la sede del COMODATARIO ubicada en las unidades que conforman la SUBRED NORTE la ciudad de Bogotá. PARAGRAFO PRIMERO: la entrega y recibo de bienes objeto del presente COMODATO se harán constar en acta, elaborada en formato usado por el COMODATARIO, la cual deberá ser firmada por Royer Alberto Sutaneme Cortes en calidad de Supervisor Técnico del presente contrato, un representante del COMODATARIO y un representante del COMODANTE, donde se especificaran las condiciones, características y recibo de óptimas condiciones de los bienes objeto del comodato, acta que formara parte integral del presente contrato. PARAGRAFO SEGUNDO: Los supervisores designados por el COMODATARIO, se obligan a remitir dicha acta al Grupo de Compras, y Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su firma, para que repose en la carpeta contractual. **TERCERA: VALOR DE LOS BIENES:** El valor total de los equipos objeto del contrato, asciende a la suma de: **DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES OCHOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$240.830.000.00)** . **CUARTO: PLAZO:** El término de duración del presente contrato de comodato, para todos los efectos que haya lugar se iniciara a partir de la entrega efectiva de los equipos y la correspondiente acta de entrega al COMODATARIO, y finalizara una vez se terminen los insumos de acuerdo al contrato correspondiente adjudicado en licitación, y el biomédico autorice la salida de las máquinas y se haga la devolución efectiva de ellas al COMODANTE. **QUINTA: PROHIBICION DE CEDER EL CONTRATO:** El COMODATARIO no podrá ceder ni parcial, ni totalmente el contrato a persona alguna natural o jurídica, sin previa autorización por escrito del COMODANTE. **SEXTA: SUPERVISIÓN:** El Director General del COMODATARIO encomienda la Supervisión del presente contrato, así: 1.) SUPERVISION TECNICA: Royer Alberto Sutaneme Cortes quienes tendrán a su cargo las siguientes obligaciones: a) Recibir y entregar los equipos objeto del presente comodato; b) Levantar el acta de entrega y recibo de los bienes objeto del contrato, señalada en el parágrafo primero de la cláusula segunda, en el cual indicaran las condiciones en las que fueron recibidos y entregados los equipos y enviar copia a la oficina de Compras y Contratación del COMODATARIO, para que obre como soporte en la carpeta contractual; c) Incluir dentro del inventario del grupo a su cargo los bienes objetos del comodato, y, en consecuencia, deberán tomar las medidas necesarias para el cuidado de los mismos; d) Coordinar el buen uso y manejo de los bienes objeto del contrato; e) Autorizar el manejo de los bienes objeto del comodato, al personal debidamente capacitado para esta función; f) Verificar cronograma de visitas y visitas efectuadas con respecto al mantenimiento preventivo; g) Verificar que los certificados de calibración de los equipos sean aportados por el COMODANTE y se encuentren vigentes por el plazo del contrato; h) Hacer seguimiento al cronograma de vistas para el mantenimiento preventivo de los equipos; i) Efectuar seguimiento a la oportunidad en la atención del mantenimiento correctivo; j) A la terminación del contrato, colaborar para la realización del acta de liquidación respectiva; k) Informar cualquier anomalía al Grupo de Compras y Contratación, relacionada con el objeto, desarrollo y ejecución del contrato; l) Las demás que se generen de la naturaleza del contrato. **SÉPTIMA: CONDICIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS:** El COMODANTE realizara el mantenimiento preventivo; predictivo y correctivo incluido el suministro de los repuestos a los equipos durante la vigencia del contrato. PARAGRAFO: El COMODANTE, se reserva el derecho de inspeccionar los equipos entregados en calidad de COMODATO, indagar sobre su estado y condiciones, hacer las recomendaciones sobre el manejo de los mismos y las exigencias pertinentes para su protección. El COMODATARIO, se compromete para con el COMODANTE, a emplear el mayor cuidado en la conservación de los equipos, de acuerdo a lo normado en los artículos 2202, 2203 y 2204 del Código civil. **OCTAVA: CONSTITUCIÓN Y/O APOORTE DE LA GARANTIA: OCTAVA: CONSTITUCIÓN Y/O APOORTE DE LA GARANTIA:** El COMODANTE deberá tener la correspondiente póliza de seguros que ampare todo riesgo los

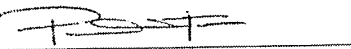
bienes objeto del comodato y/o aportar copia de dicha póliza global, la cual deberá encontrarse vigente durante el plazo del contrato. **PARAGRAFO PRIMERO. EI COMODANTE** queda obligado a informarle a la compañía aseguradora, el traslado de los bienes objeto del presente contrato a las instalaciones del **COMODATARIO. PARAGRAFO SEGUNDO: EI COMODATARIO** deberá igualmente incluir las máquinas, objeto de este contrato, dentro de la póliza que la Unidad médica hospitalaria especializada en salud Simón Bolívar, Unidad médica hospitalaria especializada en salud Suba, Unidad médica hospitalaria especializada en salud Engativá que tenga para cobertura de sus equipos y estas queden aparadas en caso de algún siniestro, robo, pérdida, caso fortuito o fuerza mayor y contra todo riesgo dentro de las instalaciones del **COMODATARIO** y aportar copia al **COMODANTE** de la correspondiente inclusión de las maquinas. **PARAGRAFO TERCERO:** tanto **El COMODANTE** como el **COMODATARIO** deberán en caso de vencimiento anticipado de la pólizas, enviar al grupo de Compras y Contratación de cada una, la renovación de las mismas. **NOVENA: OBLIGACIONES DEL COMODANTE:** se obliga: a) suministrar al **COMODATARIO** los equipos objeto de este contrato con todas las garantías necesarias para llevar a buen término el contrato; b) Tener asegurado contra todo riesgo los bienes objeto del contrato; c) Avisar a la compañía aseguradora el traslado de bienes objeto del contrato a las instalaciones del **COMODATARIO**; d) Aportar copia de la factura de compra de los bienes objeto del contrato de comodato y/o póliza de seguro en el cual conste descripción de los equipos, valor asegurado y vigencia de la póliza; e) efectuar el mantenimiento preventivo de los equipos garantizando que el número de visitas se ajusta a la complejidad de los equipos, para lo cual debe enviar cronograma de visitas; f) Efectuar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos incluido el suministro de repuestos, con una atención oportuna mínima de cuatro (4) horas, siete (7) por veinticuatro (24), si ello hubiere lugar; g) Los equipos deben ingresar con su respectiva hoja de vida; i) Suscribir con los supervisores del contrato las catas relacionadas en el parágrafo primero de la cláusula segunda del presente contrato; h) Capacitar y entrenar a los funcionarios que designe el **COMODATARIO** para el funcionamiento de los equipos objeto del presente contrato; i) Al terminar el contrato colaborar para la realización de la liquidación del presente contrato; j) La cantidad de visitas de mantenimiento y cronograma propuesto de las mismas (deben ser trimestrales); m) Disponer del recurso humano idóneo para ejecutar el servicio objeto del presente comodato; n) En cada visita de mantenimiento se debe dejar copia del reporte en el servicio y en el Grupo de Biomédica de la Clínica; ñ) Las demás que se generen de acuerdo a la naturaleza del contrato. **DÉCIMA: OBLIGACIONES DEL COMODATARIO:** El **COMODATARIO** se obliga: a) Cuidar y mantener los bienes recibidos en comodato; b) Manejar los bienes objeto del contrato de comodato de acuerdo al uso autorizado por el **COMODANTE**; c) No cambiar la ubicación de los bienes objeto del comodato, sin el permiso previo y por escrito del **COMODANTE**; d) No prestar ni dar los bienes objeto del contrato de comodato en arrendamiento a terceras personas; e) a la terminación del contrato, elaborar el acta de liquidación respectiva; para revisión de la coordinación de Compras y Contratación de la Clínica; f) El comodatario se obliga a incluir los bienes objeto del contrato dentro de las pólizas de cubrimiento general de sus equipos que cada institución (Unidad médica hospitalaria especializada en salud Simón Bolívar, Unidad médica hospitalaria especializada en salud Suba, Unidad médica hospitalaria especializada en salud Engativá) tenga y donde vayan a estar las maquinas del comodante. g) Las demás obligaciones que se generen en desarrollo del contrato en mención. **DÉCIMA PRIMERA: CAUSALES DE TERMINACIÓN:** a) Por mutuo acuerdo entre las partes; b) Por cumplimiento del término pactado en la cláusula carta de este contrato; c) Cuando de los informes suministrados por los supervisores del presente contrato, no sea conveniente para el **COMODATARIO** continuar con el objeto de este contrato; d) Cuando el **COMODANTE** no realice las visitas técnicas de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo incluido suministro de repuestos de los equipos en las condiciones y/o oportunidad señaladas en los literales (e) y (f) de la cláusula novena y no garantice la calibración de los equipos, ni presente los certificados de calibración con la vigencia requerida; e) Cuando el **COMODATARIO** no les del uso y el manejo a los equipos indicado por el **COMODANTE**; f) Cuando el **COMODATARIO**, traslade los equipos a lugares y/o sitios diferentes a los señalados en el presente contrato. **PARAGRAFO:** Sin menoscabo de lo expresado en la anterior clausula; el **COMODANTE** se reserva el derecho a solicitar la restitución de los equipos entregados en comodato en cualquier tiempo, sin que haya necesidad de justificar dicha determinación, para lo cual el **COMODANTE** notificara al **COMODATO** su determinación de hacer cesar el comodato con un (1) mes de antelación a la fecha efectiva de terminación. **DÉCIMA SEGUNDA: LIQUIDACIÓN DE CONTRATO:** El presente contrato se liquidara de común acuerdo entre las partes, al cumplimiento de su objeto a más tardar dentro de los seis (06) meses siguientes contados a partir de la fecha de terminación del contrato. **DECIMA TERCERA: CLAUSULA PENAL:** Las partes establecen como sanción pecuniaria a cargo de quien incumpla una o cualquiera de las obligaciones dimanadas de este contrato el pago de una cantidad igual al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, suma de la cual será acreedora la otra parte sin necesidad de requerimiento de ninguna índole para construir en mora. **DÉCIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El **COMODANTE**, declara bajo gravedad de juramento que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad establecida en la Constitución y en la Ley, que le impida celebrar y ejecutar este contrato. **DECIMA QUINTA: CONFIDENCIALIDAD. EL**

5

COMODANTE, en virtud de la suscripción del presente contrato se compromete a: 1) Manejar de manera confidencial la información que como tal le sea presentada y entregada, y toda aquella que se genere en torno a ella como fruto de la prestación de sus servicios. 2) Guardar confidencialidad sobre esa información y no emplearla en beneficio propio o de terceros mientras conserve sus características de confidencialidad o mientras sea manejada como un secreto empresarial o comercial. 3) Solicitar previamente y por escrito autorización para cualquier publicación relacionada con el tema del contrato, autorización que debe solicitarse ante el Supervisor y/o Interventor del contrato presentando el texto a publicar con un mes de antelación a la fecha en que desea enviar a edición. 4) Informar inmediatamente sobre cualquier hallazgo o innovación alcanzada en el desarrollo de su trabajo, a colaborar con la mayor diligencia en la documentación y declaración de lo hallado y a mantener sobre todo ello los compromisos de confidencialidad requeridos y necesarios. **PARÁGRAFO:** La vulneración del deber de confidencialidad, por parte del contratista, puede conllevar demandas civiles y penales según lo señala la normatividad vigente. De igual manera, el COMODANTE, se compromete a guardar la reserva debida frente a la información entregada por el prestador de servicios, y solamente mediante autorización previa podrá hacer uso de ella. Lo anterior guardando concordancia con la ley de tratamiento de datos personales y sensibles, y sin perjuicio de la información que sea requerida por una autoridad judicial o ente de control.

DECIMA SEXTA: PREVENCIÓN FRENTE A LAVADO DE ACTIVOS Y/O NEGOCIOS ILÍCITOS. De ser **EL COMODANTE** incluido en cualquier Lista Nacional o Extranjera (OFAC, Departamento del tesoro de los Estados Unidos de América, Consejo de Seguridad de la ONU o cualquier otra lista reconocida legalmente) que lo vincule con la comisión o realización de actividades criminales o acciones ilícitas referente al control o prevención frente al Lavado de Activos y/o Financiación de Terrorismo o Referente a cualquier otra actividad ilícita relacionada directa o indirectamente con Negocios Ilícitos o Lavado de Activos, tal situación se considerara una causal de terminación del presente contrato sin derecho a reconocimiento de pago alguno al COMODANTE. Igualmente se procederá cuando el COMODANTE esté vinculado a procesos penales en calidad de investigado, procesado, imputado, acusado o condenado por el Delito de Lavado de Activos, Testaferriro, Enriquecimiento Ilícito o demás delitos conexos o derivados. **EL COMODANTE** expresa aceptar voluntariamente esta forma de terminación anticipada, por cuanto conoce que dentro de las acciones institucionales DEL COMODATARIO está establecida la prevención y lucha contra cualquier conducta que pueda involucrar a la Unidad médica hospitalaria en salud Simón Bolívar, Suba y Engativá, o funcionarios en investigaciones relacionadas con estos tipos delictuales, por lo que también asume las consecuencias o perjuicios que se deriven de esta terminación anormal. **DECIMA SEPTIMA: AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** De acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para el Tratamiento de datos personales y su régimen de protección, **EL COMODANTE** autoriza la recolección de sus datos personales, así como el tratamiento, almacenamiento y uso de su información para su contratación y para su uso relacionado con todos los aspectos atinentes al contrato, tales como la ejecución, cumplimiento, indicadores de gestión, productos a entregar, supervisión y liquidación del contrato. Además las partes se obligan a dar cumplimiento a lo reglamentado en dicho decreto. **DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIONES DE CONTROVERSIAS:** Las partes acuerdan que el evento que surjan diferencias entre ellas por razón de, o, con ocasión del presente contrato, las mismas buscaran mecanismos de arreglo directo previsto en la ley. **DÉCIMA NOVENA: LEGISLACIÓN APLICABLE Y JURISDICCIÓN:** El presente contrato se rige por las normas del derecho privado y demás normas complementarias, sin perjuicio de acudir a las cláusulas excepcionales previstas en la Ley 80 de 1933. Los conflictos judiciales que surjan con motivo del presente contrato, tendrán como domicilio la ciudad de Bogotá. **VIGESIMA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se perfecciona con la firma de las partes. Para su ejecución y legalización se requerirá de la verificación de la garantía contra todo riesgo, por parte de la coordinación de Compras y Contratación Unidad médica hospitalaria especializada en salud Simón bolívar, Unidad médica hospitalaria especializada en salud Suba, Unidad médica hospitalaria especializada en salud Engativá. **VIGESIMA PRIMERA: GASTOS:** Los gastos que ocasione la legalización de este contrato, será a cargo del COMODANTE. Para constancia se firma en Bogotá, al primer (1) día del mes de marzo de 2018.

POR EL COMODANTE



PAULINA TAPIAS BOTERO
Representante Legal

POR EL COMODATARIO



YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ
Representante Legal

OTROSI No. 1
AL CONTRATO DE COMODATO No. SN-10.2017
CELEBRADO ENTRE SUPLESALUD IPS S.A.S., CON NIT 805.029.546-6 Y SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON NIT 900.971.006-4

CARACTERISTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO	
SIMEX	
FLUJO DE AIRE DE LA BOMBA	8 LITROS MINIMO
PRESION NEGATIVA	MAXIMO- 200mmHg Factor de conversión 1kpa-7.5mmhg
CILINDRO RECOLECTOR	SISTEMA DE ENVASE DESECHABLE
TUBERIA DE SUCCION	VARIOS SISTEMSA DE DRENAJE, EN FUNCION DE PROVEEDOR Y APLICACIONES ESPECÍFICAS. TIPO Y CLASE DE USO ESTAN DETERMINADOS POR EL PERSONAL MEDICO.
VOLTAJE NOMINAL DE ADAPTADOR DE SUMINISTRO DE ENERGIA. CARGA MAXIMA DE CORRIENTE. FRECUENCIA DE LA RED DEL ADAPTADOR DE SUMINISTRO DE ENERGIA.	100 -240V PRIMARIO / 12 VDC SECUNDARIO 1.25 A 50/60 HZ
VOLTAJE NOMINAL DE CIRCUITO ELECTRONICO	12 V
CONSUMO DE ENERGIA	15 W(OPERANDO Y CARGANDO) 10 W (SOLO CARGANDO)
CORRIENTE DE ENERGIA	1.25 a
BATERIA RECARGABLE	7,4 AV, 4,4 Ah- BATERIA DE LITIO-ION
TIEMPO DE CARGA DE BATERIA VACIA TIEMPO DE CARGA DE ½ BATERIA VACIA	6-7 HORAS 3-3,5 HORAS
DIMENSIONES	290X259+100 (cilindro) X 130 mm (11.4 X 10.2 + 3.9 (cilindro) X 5.1
PESO (UNIDAD BASICA)	Acerca de 2.2 kg
TIEMPO OPERANDO	OPERACIÓN CON CORRIENTE ALTERNA: OPERACIÓN CONTINUA. OPERACIÓN CON BATERIA: APROXIMADA 24 A 48 HORAS DEPENDIENDO DEL USO.
GRADO DE PROTECCION ACC. PARA IEC 601-1	TIPO BF
CLASES DE RIESGO ACORDE CON 93/42/EEC.IX	IIA
CLASE DE PROTECCION ACORDE CON IEC601-1	II
UL CLASIFICACION	UNIDAD DE SUCCION MEDICA CON RESPECTO A UN CHOQUE ELECTRICO Y RIESGO MECANICO SOLO EN ACUERDO CON UL 60601-1/CAN/CSA C22.2 No. 601.1 3 KCK
MARCA CE	CE0483
EMISION DE SONIDO	35 Db (A)
CONDICIONES DE AMBIENTE	DEPOSITO/TRANSPORTE – 10°C-+60°C (14°F-140°F) OPERACIÓN +5°C-+35°C (41°F-95°F) RECOMENDADO TEMPERATURA DE CARGA: +15°C- 30°C (59°F-86°F) 5 ARRIBA DE 80% HUMEDAD RELATIVA. NO CONDENSACION PRESION ATMOSFERICA: 860hPa...1060Hpa
REF	10803.1

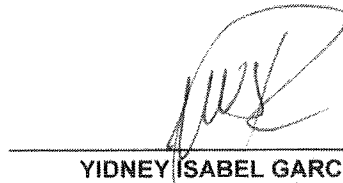
OTROSI No. 1
AL CONTRATO DE COMODATO No. SN-10.2017
CELEBRADO ENTRE SUPLESALUD IPS S.A.S., CON NIT 805.029.546-6 Y SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON NIT 900.971.006-4

Con lo anterior se deja claridad que el objeto del contrato **SN-10-2017** más este otrosi con la inclusión, corresponde a un total de 12 equipos SIMEX 300, especificados los 10 primeros en el contrato inicial **SN-10-2017** y los 2 incluidos en este otrosi.

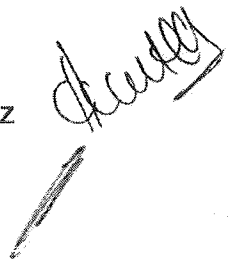
CLAUSULA FINAL: El presente Otrosi hace parte integral del contrato de comodato No. SN-10.2017 , modificado específicamente en la cláusula mencionada, las demás cláusulas continúan igual y no sufren modificación alguna y seguirán teniendo pleno vigor y efecto. Para constancia se firma en Bogotá, a los 12 días del mes de Septiembre de 2018.



PAULINA TAPIAS
Representante Legal
COMODANTE



YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ
Representante Legal
COMODATARIO



7

OTROSI No. 1
AL CONTRATO DE COMODATO No. SN-10.2017
CELEBRADO ENTRE SUPLESALUD IPS S.A.S., CON NIT 805.029.546-6 Y SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. CON NIT 900.971.006-4

Los suscritos **PAULINA TAPIAS BOTERO** mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.414.286 obrando en calidad de representante legal de la sociedad **SUPLESALUD S.A.S.** con NIT **805.029.546-6**, quien en adelante se denominara el **COMODANTE**, de una parte y de la otra **YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ** también mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.187.421, de Bogotá en calidad de **GERENTE**; obrando en nombre y representación de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** con Nit: **900.971.006-4**, de conformidad con el Decreto No. 159 del cinco (5) de Abril de Dos mil Diecisiete (2017) expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión del 7 de Abril de 2017 quien en adelante se denominara el **COMODATARIO**, teniendo en cuenta las siguientes .

CONSIDERACIONES

1. Que existe el contrato inicial SN-10-2017 firmado el 01 de marzo de 2018
2. Que en la cláusula primera del contrato inicial SN-10-2017 esta así: *"PRIMERA: OBJETO: El COMODANTE entrega al COMODATARIO y este recibe a título de comodato como apoyo tecnológico los bienes relacionados a continuación: DIEZ (10) EQUIPOS SIMEX 300 – PARA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA, demás características y especificaciones técnicas descritas en la hoja de vida de los equipos, aportados por el COMODANTE, documentos que forman parte integral del presente contrato."*
3. Debido al ingreso de más pacientes con necesidad de TPN, en reunión entre personas delegadas de las áreas correspondientes del COMODANTE de EL COMODATARIO se dijo que se solicitara la inclusión en el contrato de comodato de dos (2) equipos simex 300 más.
4. Que es necesario adicionar el objeto del contrato inicial SN-10-2017 en la cláusula primera

En consideración a lo antes expuesto, en tal virtud Las partes acuerdan:

PRIMERO: Adicionar el objeto del Contrato **SN-10-2017** contenido en la CLAUSULA PRIMERA de la siguiente forma: incluir dos (2) equipos SIMEX 300, **PARA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA**, demás características y especificaciones técnicas descritas en la hoja de vida de los equipos, aportados por el COMODANTE, documentos que forman parte integral del presente contrato. PARAGRAFO PRIMERO: los bienes objeto del presente contrato de comodato serán usados única y exclusivamente en las instalaciones del COMODATARIO, UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SIMON BOLIVAR, UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA Y UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD ENGATIVA. En la ciudad de Bogotá. PARAGRAFO SEGUNDO: Durante la vigencia del presente contrato, el uso de los equipos adicionales que el COMODANTE entregue en sustitución quedaran sujetos a los plazos, términos y condiciones previstos en este contrato. PARAGRAFO TERCERO: Los equipos anteriormente mencionados, incluyen las siguientes características técnicas que se describen a continuación: y donde se relacionan los seriales.

INTITUCION	SERIAL	MAQUINA	CIUDAD	VALOR
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA	SN 40028241	SIMEX 300	BOGOTA	\$24.083.000
UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN SALUD SUBA	SN 40028242	SIMEX 300	BOGOTA	\$24.083.000
				\$48.166.830

24/09/2018
22-10-18

[Firma]

auxiliarbogota@suplesalud.co
310 224 9133.



Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

SOLICITUD DOCUMENTOS CONTRATACION DIRECTA 014-2021

Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

19 de febrero de 2021, 10:25

Para: Auxiliar Bogota <auxiliarbogota@suplesalud.com>, Auxiliar Bogota <auxiliarbogota@suplesalud.co>

Cordila saludo

La Subred Integrada de Servicios Norte E.S.E, lo invita a participar en el proceso de contratación directa 014-2021, por medio del presente correo solicito me hagan llegar la documentación jurídica, técnica y económica solicitada para dar continuación al proceso . (la invitación enviada es un borrador, se envió con el fin de reducir tiempo en el proceso de contratación).

objeto del proceso: SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Quedo atento a sus comentarios

Andrés Mauricio ortega Betancourt

Técnico Administrativo

Dirección de contratación - compras

Tel: 3012120144

comprasrednorte4@gmail.com

5 adjuntos **ESTUDIOS+PREVIOS+INSUMOS+MQ+SUPLESALUD+CD+COMODATO - 255.pdf**
208K **ANEXO 5 ECONOMICO.xlsx**
16K **CONTRATACIÓN DIRECTA No 014-2021.xlsx**
38K **ANEXO No 4 AP-GF-F-23-02 FORMULARIO SARLAFT.xls**
107K **ANEXOS 2 Y 3.docx**
19K

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

CONTRATACIÓN DIRECTA No 014-2021

ANEXO ECONOMICO - SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	CODIGO SERVINTE	Nombre / Descripción	Cantidad	UNIDAD DE MEDIDA	V/r Unitario	IVA	V/r Total
1	MQ1860	SIMEX TALLA SMALL GASA	1	UNIDAD	\$ 224.000	\$ -	\$ 224.000
2	MQ1860	SIMEX TALLA SMALL ESPUMA	1	UNIDAD	\$ 224.000	\$ -	\$ 224.000
3	MQ1945	SIMEX TALLA MEDIUM GASA	1	UNIDAD	\$ 278.000	\$ -	\$ 278.000
4	MQ1945	SIMEX TALLA MEDIUM ESPUMA	1	UNIDAD	\$ 278.000	\$ -	\$ 278.000
5	MQ1625	SIMEX TALLA LARGE GASA	1	UNIDAD	\$ 395.000	\$ -	\$ 395.000
	MQ0749	SIMEX TALLA LARGE ESPUMA	1	UNIDAD	\$ 395.000	\$ -	\$ 395.000
7	MQ2788	SIMEX TALLA X-LARGE GASA	1	UNIDAD	\$ 674.000	\$ -	\$ 674.000
8	MQ1623	SIMEX TALLA ABDOMINAL CON CAMPO FENESTRADO	1	UNIDAD	\$ 1.160.000	\$ -	\$ 1.160.000
9	MQ1717	CANISTER 1.000 C.C	1	UNIDAD	\$ 330.200	\$ 62.738	\$ 392.938
10	MQ3092	SIMEX TUBERIA EN Y	1	UNIDAD	\$ 224.000	\$ 42.560	\$ 266.560
11	MQ3111	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA S-0012	1	UNIDAD	\$ 287.000	\$ -	\$ 287.000
12	MQ2389	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA M- 0022	1	UNIDAD	\$ 369.000	\$ -	\$ 369.000
13	MQ2341	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA L- 0032	1	UNIDAD	\$ 478.700	\$ -	\$ 478.700
14		SIMEX TALLA X-LARGE ESPUMA	1	UNIDAD	\$ 674.000	\$ -	\$ 674.000
15		CANISTER 200 C.C	1	UNIDAD	\$ 170.000	\$ 32.300	\$ 202.300
16	MQ2005	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA XL-0043	1	UNIDAD	\$ 782.000	\$ -	\$ 782.000
17		APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA XL- 0042	1	UNIDAD	\$ 782.000	\$ -	\$ 782.000
18		APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA S-0013	1	UNIDAD	\$ 287.000	\$ -	\$ 287.000

19		APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA M-0023	1	UNIDAD	\$ 369.000	\$ -	\$ 369.000
20	MQ2342	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA L-0033	1	UNIDAD	\$ 478.700	\$ -	\$ 478.700
					TOTAL		\$ 8.997.198

NOTA: FAVOR COTIZAR EL VALOR UNITARIO DE CADA UNO DE LOS ITEMS



PAULINA TAPIAS BOTERO

Firma del Representante Legal

NIT: 805029546-6

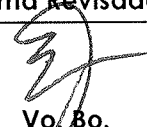
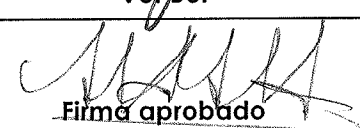
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CÓDIGO : AP-GF-F-03-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 08/06/2017

Fecha de la solicitud:

19	2	2021
DIA	MES	AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE

Área ó centro solicitante	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Rubro presupuestal:	Material Médico-Quirúrgicos
Código del Rubro:	421202010040201
Valor Solicitado (En letras y números):	CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$ 45.426.300)

FIRMAS	LUIS ENRIQUE PAÉZ FALLA	
	Nombre del responsable de área o centro que solicita	Firma del solicitante
	DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ	
	Nombre del Director que revisa	Firma Revisado
	FABIO CORTÉS CRUZ	
	Nombre Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud	Vo. Bo.
	JAIME HUMBERTO GARCIA HURTADO	
	Nombre del Gerente	Firma aprobado

Recibido en Presupuesto

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 23 De 2021

CDP. No. 465

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.....: 421501040100010000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 421501040101

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 655,752,600.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 2,037,574,295.00

SALDO DE APROPIACION : 2,693,326,895.00

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:SUMIN DISP MEDICOS TERAPIA PRESION NEGATIVA USS SU
BRED NORTE

POR UN VALOR INICIAL DE : 45,426,300.00

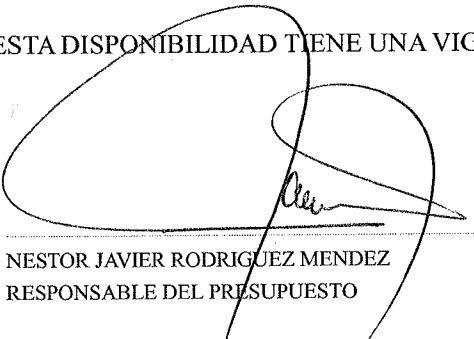
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 45,426,300.00

CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 655,752,600.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 1,992,147,995.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (312) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO



Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

SOLICITUD DOCUMENTOS CONTRATACION DIRECTA 014-2021

SANDRA VELASCO <auxiliarbogota@suplesalud.com>

19 de febrero de 2021, 14:58

Para: Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

Cc: Faride Bedoya <fbedoya@suplesalud.com>

Buenas tardes señor Andres Ortega

Adjunto la documentación solicitada para seguir con el proceso de contratacion N 014-2021,

Adjunto una carta de observaciones que tenemos con respecto a los nombres homólogos de los productos
quedo al pendiente de lo que se requiera adicional.

Gracias

Sandra Velasco
SUPLESALUD IPS SAS
Bogotá
Tel:7569114

[El texto citado está oculto]

27 adjuntos**ANEXOS 2 Y 3.pdf**

72K

**CAMARA FEB 2021.pdf**

157K

**RUT SUPLESALUD.pdf**

505K

**RIT.pdf**

19K

**CEDULA REPRESENTANTE LEGAL.pdf**

159K

**CERTIFICADO CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL52414286.pdf**

48K

**CERTIFICADO CONTRALORIA SUPLESALUD 805029546.pdf**

48K

**CERTIFICADO PERSONERIA REPRESENTANTE LEGAL.pdf**

45K

**CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS.pdf**

125K

**Policía Nacional de Colombia.pdf**

207K

**Certificacion Bancaria Agosto.pdf**

46K

**SARLAFT.pdf**

1877K

**INVIMA - SIMEX.pdf**

656K

**INVIMA MAQUINAS.pdf**

143K

**CCA SUPLESALUD.pdf**

556K

**CERTIFICADO DISTRIBUCION SIMEX.pdf**

575K

**Manejo Residuos.pdf**

326K

**PGC-08 PROCEDIMIENTO DE TECNOVIGILANCIA V4 (2).pdf**

567K

**CONCEPTO TECNICO SECRETARIA DE SALUD.pdf**

2362K

**Ficha tecnica simex SMALL-MEDIUM-LARGE-XL LARGE- con plata.pdf**

2455K

**Ficha Tecnica Simex Foam Gasa SAMLL-MEDIUM-LARGE XL-LARGE.pdf**

668K

**Ficha Tecnica Simex ESPUMA SMALL-MEDIUM-LARGE-XL LARGE.pdf**

659K

**ficha tecnica del canister.pdf**

87K

**BPM.pdf**

306K

**ANEXO 5 ECONOMICO.pdf**

25K

**ANEXO 5 ECONOMICO.xlsx**

15K

**DOCUMENTO OBSERVACIONES HOMOLOGOS.pdf**

565K



Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

SOLICITUD EVALUACIONES CONTRATACION DIRECTA 014-2021

Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>
Para: KaTe Dávila <katheyw16@hotmail.com>, almacencontratos@subrednorte.gov.co

19 de febrero de 2021, 15:10

Cordial saludo

Envío la documentación correspondiente solicitando su colaboración de adelantar el proceso evaluativo JURÍDICO Y TECNICO de la contratación directa 014-2021 cuyo objeto se refiere: SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Por favor hacer llegar las respectivas evaluaciones a la oficina de contratación de bienes y servicios lo más pronto posible.

quedo atento a sus comentarios

Andrés Mauricio ortega Betancourt

Técnico Administrativo

Dirección de contratación - compras

Tel: 3012120144

comprasrednorte4@gmail.com

2 adjuntos**CONTRATACIÓN DIRECTA No 014-2021.xlsx**

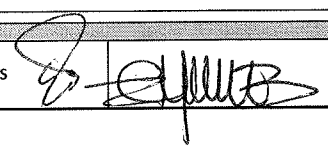
38K

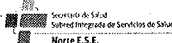
**resollicituddocumentoscontrataciondirecta0142021.zip**

12124K

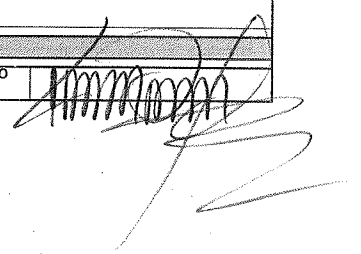
	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA					CÓDIGO : AP-CT-F-56-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					VERSIÓN: 1	
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					PÁGINA : 1 DE 3	
FECHA: 22/05/2020							
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 014 - 2021							
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E						
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO							
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CODIGO DE SIRVIENTE	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	KIT TALLA SMALL GASA	MQ1860	A DE MANDA	UNIDAD			
2	KIT TALLA SMALL ESPUMA	MQ1860	A DE MANDA	UNIDAD			
3	KIT TALLA MEDIUM GASA	MQ1945	A DE MANDA	UNIDAD			
4	KIT TALLA MEDIUM ESPUMA	MQ1945	A DE MANDA	UNIDAD			
5	KIT TALLA LARGE GASA	MQ1625	A DE MANDA	UNIDAD			
6	KIT TALLA LARGE ESPUMA	MQ0749	A DE MANDA	UNIDAD			
7	KIT TALLA X-LARGE GASA	MQ2788	A DE MANDA	UNIDAD			
8	KIT TALLA ABDOMINAL CON CAMPO FENESTRADO	MQ1623	A DE MANDA	UNIDAD			
9	CANISTER 1.000 C.C	MQ1717	A DE MANDA	UNIDAD			
10	KIT TUBERIA EN Y	MQ3092	A DE MANDA	UNIDAD			
11	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA S-0012	MQ3111	A DE MANDA	UNIDAD			
12	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA M-0022	MQ2389	A DE MANDA	UNIDAD			
13	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA L-0032	MQ2341	A DE MANDA	UNIDAD			
14	KIT TALLA X-LARGE ESPUMA		A DE MANDA	UNIDAD			
15	CANISTER 200 C.C		A DE MANDA	UNIDAD			
16	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA XL-0043	MQ2005	A DE MANDA	UNIDAD			
17	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA XL-0042		A DE MANDA	UNIDAD			
18	APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA S-0013		A DE MANDA	UNIDAD			
19	APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA M-0023		A DE MANDA	UNIDAD			
20	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA L-0033	MQ2342	A DE MANDA	UNIDAD			
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN							
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTA				DENTRO DE (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTE AL ENVÍO DE LA INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA			
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE		<p>JURÍDICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 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. DE LA EMPRESA Y 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 - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 12. CERTIFICACIÓN BANCARIA <p>SARLAFT:</p> <p>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. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED).</p> <p>ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGUN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).</p> <p>FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.</p> <p>NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A).</p> <p>SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.</p>					

	TÉCNICOS: DE ACUERDO AL COMITÉ ASESOR DE CONTRATACIÓN, LOS REQUISITOS HABILITANTES PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS QUE SE DEBERÁN 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 MÉDICO QUIRÚRGICO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO) 4. CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE 5. MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS (CERTIFICACIONES EXPEDIDA POR EL REPRESENTANTE LEGAL) 6. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA 7. CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO SANITARIO FAVORABLE 8. FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO) 9. CERTIFICADO BPM, DEPENDIENDO DE LA CALIDAD DEL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR ECONÓMICOS: PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR TOTAL DE CADA UNO 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. Y ENTREGADA EN FORMATO PDF Y EXCEL		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
JURÍDICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
TÉCNICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS		
ECONÓMICOS	EL OFERENTE DEBERÁ CUMPLIR CON LOS FACTORES HABILITANTES Y SU PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA LA PRESENTE INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA.		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
VALOR	CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$ 45.426.300)	CDP No.	465
RUBRO PRESUPUESTAL	Material Médico-Quirúrgicos	FECHA DE CDP	23/02/2021
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. PARAGRAFO: NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA ESE	PLAZO DE EJECUCIÓN APROXIMADO	DOS (2) 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) 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. B) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: 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. 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.		

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	GENERALES: <ol style="list-style-type: none"> 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 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, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 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 PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 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 LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 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 <ol style="list-style-type: none"> 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. ENTREGAR LOS INSUMOS CON UNA VIGENCIA NO INFERIOR A DOS (2) AÑOS, EN CASO DE QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA TENGA UNA VIGENCIA INFERIOR, SE DEBE ADJUNTAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO SI NO SE DA LA ROTACIÓN DEL PRODUCTO, SIN EMBARGO AL MOMENTO DEL RECIBO, LA VIGENCIA NO PUEDE SER INFERIOR A SEIS (6) MESES. 9. REALIZAR CAMBIO DE PRODUCTOS CUANDO NO SE DE LA ROTACIÓN ESPERADA, POR VARIACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, CUANDO SU VIGENCIA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES 10. 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 	
ACLARACIONES		
EN CASO DE ACLARACIONES	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO: comprasrednorte4@gmail.com	
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 2: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 3: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES ANEXO 4: FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	MÓNICA BRIGETTE CELY RAMOS 

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		014-2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		CONTRATACIÓN DIRECTA			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES 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
			SUPLESALUD IPS INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SAS- SUPLESALUD IPS SAS NIT: 805.029.546-6	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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>
	2. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>
	3. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición 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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>
	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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>
	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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>
	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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>
	7. Certificado de antecedentes - Procuraduría 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	<div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>	<div>N/A</div> <div>Observación:</div>

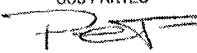
 Ministerio de Salud y Protección Social Subsecretaría de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA				CÓDIGO: AP-CT-F-62-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSION: 1
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				PÁGINA : 2 DE 2
						FECHA: 22/05/2020
HABILITANTES JURÍDICOS	8. Certificado de antecedentes - Contraloría 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	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	
	9. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá 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	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	
	10. Certificado de antecedentes judiciales 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	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	
	11. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional 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	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	<input type="text" value="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	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	<input type="text" value="N/A"/> Observación:	
OBSERVACIONES:						
EVALUADORES						
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN				

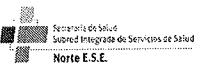
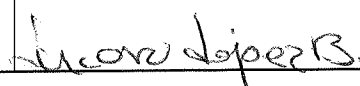


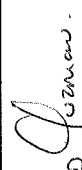
 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTA SARLAFT SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-60-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020
INFORMACIÓN DEL PROCESO				
PROCESO No		014-2021		
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA		
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT				
3. HABITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)		DESCRIPCIÓN	COMO EVALUAR	Proponente 1 SUPLESALUD IPS SAS NIT805.029.546-6
		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 Ciudadanía/ Cedula de Extranjería Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
		Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
		Verificación en listas vinculante: ONU/ CLINTON , listas vinvulantes para Colombia.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS
OBSERVACIONES: La propuesta presenta por la empresa SUPLESALUD IPS SAS NIT805.029.546-6 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 o contraparte SARLAFT.				
*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:	LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO SUPLENTE			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT 01/03/21			

 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 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		
	CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
PERSONA JURÍDICA ☒ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)			
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☒ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____			
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA			
RAZÓN SOCIAL REPRESENTANTE LEGAL:		SUPLESALUD IPS SAS PRIMER APELLIDO: TAPIAS SEGUNDO APELLIDO: BOTERO NIT: 805029546-6 NOMBRES: PAULINA	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) BOGOTÁ 1994/10/31	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD 1976-08-30		LUGAR NACIMIENTO: MEDELLÍN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA NACIONALIDAD (1): COLOMBIANA	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL CRA 4 N 69 A 22 COLOMBIA		CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA NACIONALIDAD (2): TELEFONO/FAX: 7569114	
CORREO ELECTRÓNICO: auxiliarbogota@suplesalud.com		PORTAL/PAGINA INTERNET: www.suplesalud.com	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA CRA 27 C N 72-91		DEPARTAMENTO/ CIUDAD: CUNDINAMARCA PAÍS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 7569114	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)			
PÚBLICA ☒ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☒			
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☒ NO ☐		RENTA/CREE: SI ☒ NO ☐	
IVA: SI ☒ NO ☐		ICA: SI ☒ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR: SI ☒ NO ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 4659 PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)			
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS		SI ☐ NO ☒	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO		SI ☐ NO ☒	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL		SI ☐ NO ☒	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA		SI ☐ NO ☒	
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, APOORTE O PARTICIPACIÓN			
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
ZULUAGA BOTERO SAS		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒	
PAULINA TAPIAS BOTERO		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
PURA VIDA RSE SPORT		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒	
MARCELA TAPIAS		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
%		NÚMERO IDENTIFICACIÓN	
70%		800245107-3	
11%		52414288	
10%		900336273-1	
7,50%		52390168	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)			
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		255.669.283	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		655.920	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		282.454.974	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		1.818.075.310	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		1.615.245.012	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		14.160.526	
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES			
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐			
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☒			
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cual: _____			
TIPO PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN	
CTA CORRIENTE		81221509239	
No DEL PRODUCTO		CIUDAD	
ALEMANIA		PAÍS	
EUROS		MONEDA	
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":			

FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2018)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 2
		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): <u>PROPIOS Y VENTAS</u>		
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, complementa 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, complementa 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 último 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 lo 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 Prestadoras 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) Envío 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, tales como 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 médica, 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) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019										
<p>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 capítulo 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.</p> <p>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.</p> <p>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 mí.</p> <p>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 lo 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, <u>(Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlatf@subrednorte.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.</p> <p>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.</p>												
<p align="center">9. FIRMA Y HUELLA</p> <p>SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  Firma Cliente / Representante Legal </div> <div style="text-align: center;">  Huella Índice Derecho </div> </div>												
<p align="center">10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%;">1. Ciudad y fecha</td> <td>Bogotá 1/3/21</td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td>Asm BSI ROR HM</td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la Entrevista:</td> <td>OM SARLAT</td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma y Cédula</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha	Bogotá 1/3/21	2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Asm BSI ROR HM	3. Lugar de la Entrevista:	OM SARLAT	4. Observaciones:		5. Firma y Cédula	
1. Ciudad y fecha	Bogotá 1/3/21											
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Asm BSI ROR HM											
3. Lugar de la Entrevista:	OM SARLAT											
4. Observaciones:												
5. Firma y Cédula												

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1		
				FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	014-2021				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	CONTRATACION DIRECTA				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES 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
			SUPLESALUD IPS SAS	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT:805.029.546-6	No. NIT:	No. NIT:
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIA DEL INVIMA PARA DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DEPENDIENDO DE LA CALIDAD DE FABRICANTE Y DISTRIBUIDOR	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA		
	2. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS (CCAA)	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	3. REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MEDICO QUIRÚRGICO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ITEM RELACIONADO)	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	4. CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	5. MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS (CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	6. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	7. CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO SANITARIO FAVORABLE	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	8. FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ITEM RELACIONADO)	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE		
	9. CERTIFICADO BPM, DEPENDIENDO DE LA CALIDAD DEL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA		
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			N/A		
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		LUCERO LOPEZ BETANCOURT QUIMICA FARMACEUTICA PROFESIONAL - DIRECCION ADMINISTRATIVA			
					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: AP-CT-F-58-01 VERSION: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		014-2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		CONTRATACIÓN DIRECTA			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN ECONÓMICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
5. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente \$ 8.997.198,00	SUPLESALUD IPS SAS	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 305.029.546-6	No. NIT:	No. NIT:
	MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS		Puntaje Asignado	Puntaje Asignado	Puntaje Asignado
			NO APLICA		
OBSERVACIONES: Evaluacion economica correspondiente a 20 Items ofertados					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:		ALEXANDRA CATICA GUZMAN QUIMICA FARMACEUTICA AREA ADMINISTRATIVA		 A. Catia Guzman 1.106.776.340	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-55-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		014 - 2021		MODALIDAD DE SELECCIÓN	
				INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA	
OBJETO A CONTRATAR					
SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO		DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN	
				Proponente 1	Proponente 2
				SUPLESALUD IPS	
				No. NIT: 805.029.546-6	
1. HABILITANTES JURÍDICOS	DOCUMENTOS JURÍDICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:
2. FINANCIERA	DOCUMENTOS FINANCIEROS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	<input type="text" value="N.A."/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:
3. SARLAFT	DOCUMENTOS SARLAFT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:
4. TÉCNICOS	DOCUMENTOS TÉCNICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	<input type="text" value="1. Cumple"/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:	<input type="text" value="N.A."/> Observación:
5. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	\$ 8.997.198	N/A	N/A
PUNTAJE TOTAL	Escriba la Σ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica	Puntaje Asignado	N/A	N/A	N/A
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:		Andrés Mauricio Ortega Betancourt / Dirección de Contratación			



Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

COMUNICADO ACEPTACION DE PROPUESTA CONTRATACION DIRECTA 014-2021

Dirección de Contratación Bienes y Servicios <comprasrednorte4@gmail.com>

26 de febrero de 2021, 9:16

Para: Auxiliar Bogota <auxiliarbogota@suplesalud.com>

Cordial saludo

Señor (a)
PAULINA TAPIAS BOTERO
Representante Legal
SUPLESALUD IPS S.A.S

Para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E producto de la Contratación Directa 014 – 2021 genera el **COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA**, cuyo Objeto es: SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

cordialmente;

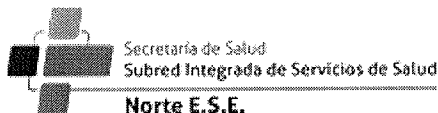
Andrés Mauricio ortega Betancourt

Técnico Administrativo

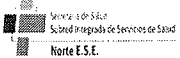
Dirección de contratación - compras

Tel: 3012120144

comprasrednorte4@gmail.com



 **COMUNICADO ACEPTACION DE PROPUESTA INVITACION A COTIZAR DIRECTA 014-2021.pdf**
458K

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA						CÓDIGO: AP-CT-F-08-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 5	
FECHA DE SOLICITUD: D/M/A		04/02/2021		MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 014 - 2021		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR:		SUPLESALUD IPS S.A.S						
RÉGIMEN DE VENTAS:		Común	(X)		Simplificado	()	NIT:	805.029.546-6
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PAULINA TAPIAS BOTERO						
DIRECCIÓN:		Cra. 27C # 72-91						
CORREO ELECTRÓNICO:		auxiliarbogota@suplesalud.com						
NUMERO TELEFÓNICO:		(310) 224-9133						
OBJETO DEL CONTRATO								
SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E								
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO								
RUBRO PRESUPUESTAL		MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS				CDP Nro.	465	
DESCRIPCIÓN TÉCNICA								
ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CODIGO DE SIRVIENTE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL UNITARIO	
1	KIT TALLA SMALL GASA	MQ1860	Unidad	A demanda	\$ 224.000		\$ 224.000	
2	KIT TALLA SMALL ESPUMA	MQ1860	Unidad	A demanda	\$ 224.000		\$ 224.000	
3	KIT TALLA MEDIUM GASA	MQ1945	Unidad	A demanda	\$ 278.000		\$ 278.000	
4	KIT TALLA MEDIUM ESPUMA	MQ1945	Unidad	A demanda	\$ 278.000		\$ 278.000	
5	KIT TALLA LARGE GASA	MQ1625	Unidad	A demanda	\$ 395.000		\$ 395.000	
6	KIT TALLA LARGE ESPUMA	MQ0749	Unidad	A demanda	\$ 395.000		\$ 395.000	
7	KIT TALLA X-LARGE GASA	MQ2788	Unidad	A demanda	\$ 674.000		\$ 674.000	
8	KIT TALLA ABDOMINAL CON CAMPO FENESTRADO	MQ1623	Unidad	A demanda	\$ 1.160.000		\$ 1.160.000	
9	CANISTER 1.000 C.C	MQ1717	Unidad	A demanda	\$ 330.200	\$ 62.738	\$ 392.938	
10	KIT TUBERIA EN Y	MQ3092	Unidad	A demanda	\$ 224.000	\$ 42.560	\$ 266.560	
11	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA S-0012	MQ3111	Unidad	A demanda	\$ 287.000		\$ 287.000	
12	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA M-0022	MQ2389	Unidad	A demanda	\$ 369.000		\$ 369.000	
13	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA L-0032	MQ2341	Unidad	A demanda	\$ 478.700		\$ 478.700	

14	KIT TALLA X-LARGE ESPUMA		Unidad	A demanda	\$ 674.000		\$ 674.000
15	CANISTER 200 C.C		Unidad	A demanda	\$ 170.000	\$ 32.300	\$ 202.300
16	APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA XL-0043	MQ2005	Unidad	A demanda	\$ 782.000		\$ 782.000
17	APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA XL- 0042		Unidad	A demanda	\$ 782.000		\$ 782.000
18	APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA S-0013		Unidad	A demanda	\$ 287.000		\$ 287.000
19	APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA M-0023		Unidad	A demanda	\$ 369.000		\$ 369.000
20	APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA L-0033	MQ2342	Unidad	A demanda	\$ 478.700		\$ 478.700
VALOR DEL CONTRATO		\$ 45.426.300	¿EL VALOR DEL CONTRATO INCLUYE IVA?		SI	NO	
					x		
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. PARAGRAFO: NO OBTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA E.S.E.						
PLAZO DE EJECUCIÓN	2 MESES						
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NOMBRE:			CARGO:			
	CHRISTIAN ANDRES DIAZ MEJIA			Lider de Almacén General			
	CORREO ELECTRÓNICO:			NUMERO DE CONTACTO:			
			llderalmacengeneral1@subrednorte.gov.co			350 6583722	
GARANTÍAS DE EXIGIBILIDAD							
GARANTÍAS DE EXIGIBILIDAD	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: 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.						
	B) 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.						
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA							
GENERALES:							
1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.							
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, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.							
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .							
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTE. PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.							
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.							
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 PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.							
8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.							
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 LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.							
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 TRANSPORTE, 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 INFORMARÁ 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. ENTREGAR LOS INSUMOS CON UNA VIGENCIA NO INFERIOR A DOS (2) AÑOS, EN CASO DE QUE AL MOMENTO DE LA ENTREGA TENGA UNA VIGENCIA INFERIOR, SE DEBE ADJUNTAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO SI NO SE DA LA ROTACIÓN DEL PRODUCTO, SIN EMBARGO AL MOMENTO DEL RECIBO, LA VIGENCIA NO PUEDE SER INFERIOR A SEIS (6) MESES.
9. REALIZAR CAMBIO DE PRODUCTOS CUANDO NO SE DE LA ROTACIÓN ESPERADA, POR VARIACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, CUANDO SU VIGENCIA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES
10. 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

FIRMA	Nombre y Firma Director (a) de contratación	MONICA BRIGETTE CELY RAMOS			
-------	---	----------------------------	---	---	---

