

ANUNCIO PÚBLICO CONTRATACIÓN ELECTRÓNICA-MINIMA CUANTIA

DIRECCION: Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander

DIRECCIONES ELECTRONICAS E.S.E IMSALUD

gerenciaticotizaciones@imsalud.gov.co

PUBLICACIONES (Página web institucional): <https://www.imsalud.gov.co/web/>

PLATAFORMA CONTRATACION ELECTRONICA: www.bionexo.com.co

CONTENIDO:

1	OBJETO CONTRACTUAL	1
2	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	1-2
3	ESPECIFICACIONES TECNICAS	2-5
4	PARTICIPANTES	5
5	OFERTA	6-8
6	PRESUPUESTO	8
7	GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO	8
8	CRONOGRAMA	8-9
9	CLAUSULADO	9
10	CRITERIO DE SELECCION	9
11	CONVOCATORIA VEEDURIA CIUDADANA	10
12	AÑEXO	10-16

1. OBJETO CONTRACTUAL

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN LA E.S.E. IMSALUD

2. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CONTRATISTA:

1. Los productos deben ser entregados en empaques originales de fábrica, con las etiquetas o rótulos íntegros, perfectamente legibles.
2. Presentar el Registro Sanitario expedido por el INVIMA acorde con la normatividad sanitaria legal vigente en materia de medicamentos.
3. **Las entregas se harán de acuerdo a los requerimientos de la institución en un plazo máximo posterior a la confirmación de pedido de cinco (5) días hábiles.**
4. Las entregas deben ejecutarse en el almacén de la ESE IMSALUD con la factura debidamente diligenciada, la cual debe contener lote, registro INVIMA, CUM, CODIGO ATC y fecha de vencimiento, respectivas.
5. En caso de que el producto ofertado genere residuos de manejo especial, el proveedor debe garantizar la logística inversa del mismo y coordinar dicho trámite (procedimiento) con las áreas pertinentes.
6. Los productos entregados deben venir con una fecha de vencimiento mínima de doce (12) meses, que podrá ser ajustada al momento de la solicitud del pedido de acuerdo a la rotación del producto.
7. En caso de presentar inconvenientes en el suministro de algún producto contratado, el contratista debe informar con un máximo de tres (3) días calendario posterior a la solicitud para la decisión pertinente sin afectar la prestación del servicio de salud.
8. **Si el gobierno expide un nuevo listado de precios regulados, el proveedor deberá ajustar los precios adjudicados a la norma vigente desde el día de la vigencia del acto administrativo.**
9. **El proveedor debe tener vigente Resolución de Inscripción en el Fondo Nacional de Estupefacientes; si es proveedor local, deberá presentar Resolución de Manejo de Medicamentos de control especial (si a ello hubiere lugar). Certificado de Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento de los Dispositivos Médicos, CCAA, en cumplimiento de la Resolución 4002 de 2007, por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.**
10. **El contratista no entregara productos en envases deteriorados, con defectos de fábrica y/o vencidos.**
11. **No se admiten lotes ADS111AC19 – ADS119AC20 de ADS PHARMA.**

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATANTE:

1. Concurrir cuando sea solicitado y responder los requerimientos a que haya lugar.
2. Mantener contacto con la **ESE IMSALUD** para evaluar la calidad del bien.
3. Cumplir plenamente las obligaciones generadas del presente contrato y aquellas que se desprendan de su naturaleza, conforme la normatividad vigente de derecho privado que le sea aplicable.
4. Certificar mensualmente a IMSALUD el pago de los aportes de seguridad social del CONTRATISTA, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 1º de la Ley 828 de 2003.
5. Atender oportunamente los requerimientos del supervisor o interventor y suscribir con inmediatez todos los documentos que se deriven de la relación contractual.

OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CONTRATANTE:

1. Liquidar los impuestos que se generen del contrato.
2. Pagar el valor de este contrato en la forma y tiempos pactados.
3. Recibir en el sitio y plazos convenidos los elementos, objeto del presente contrato.
4. Certificar el cumplimiento del contrato.
5. Proyectar el acta de liquidación dentro de los términos pactados.
6. Verificar que el contratista presente las certificaciones sobre el cumplimiento del pago de seguridad social en los términos del Art. 50 de la ley 789 de 2002

3. ESPECIFICACIONES TECNICAS

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN EN UNIDAD	TOTAL DE LA NECESIDAD PARA TERMINAR VIGENCIA (CANTIDAD)
1	N02BA001221	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE	FRASCOX60ML	1000
2	10010018	ACETIL CISTEINA 300MG	SOBRE GRANULADOS	40
3	10010019	ACETIL CISTEINA 600MG	SOBRE GRANULADOS	40
4	10010020	ACETIL CISTEINA 300MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	40
5	N02B0075011-U	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG	TABLETA	5000
6	7702184011935	ACIDO FOLICO 1MG	TABLETAS	65000
7	10010021	ACIDO FOLICO 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	30
8	20138452-01	ACIDO TRANEXAMICO 500 MG/5ML	AMPOLLA	300
9	C01CE004701-U	ADRENALINA 1 MG/1ML	AMPOLLA	100
10	11010002	AGUA OXIGENADA 120ML	FRASCO	29
11	10010022	ALCOHOL ANTISÉPTICO 70% DE USO EXTERNO	FRASCO X350ML	36
12	10010023	BICARBONATO DE SODIO	TABLETA EFERVECENTE	600
13	C01B0525011	AMIODARONA CLORHIDRATO 150 MG/3ML	AMPOLLA	300
14	7803920000043	AMPICILINA 1 G POLVO PARA INYECCION	VIAL	3000
15	6921875003290	AMPICILINA 1G +SULBACTAM 0.5 G POLVO PARA INYECCION	AMPOLLA	11000
16	7703712030152	AZITROMICINA 250 MG/5ml	SUSPENSION ORAL	10
17	J01FA10	AZITROMICINA 500 MG	TABLETA	39

18	7703889155542	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR BUCAL FCO X 200DOSIS	SUSPENSION/SOLUCION PARA INHALACION	1200
19	R01A4150471	BROMURO DE IPRATROPIO 20MCG/DOSIS SOLUCION PARA INHALACION	FRASCO INHALADOR	1000
20	N01AM023703	BROMURO DE VECURONIO 4 MG POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	20
21	C09A1150012	CAPTOPRIL 25 MG	TABLETA	3000
22	C09AC004011-U	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA	3000
23		CARBON ACTIVADO POLVO BOLSAS DE 60 GR	BOLSA/TARRO	20
24	7707355054841	CARBONATO CALCIO TABLETA 600MG	TABLETA	64000
25	001984133-07	CEFALEXINA 500MG	CAPSULA	100
26	6900191011042	CEFTRIAXONA 1 GR POLVO PARA INYECCION	AMPOLLA	40
27	5033439027510	CEFUROXIMA POLVO GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL 250 MG/ 5ML	FRASCO	15
28	19986406-02	CLINDAMICINA DE 600 MG	AMPOLLA	600
29	N03AM001703	CLOPIDOGREL 75 MG	TABLETAS	100
30	10010024	COLESTIRAMINA SOBRE DE 9GR CON 4GR DE PRINCIPIO ACTIVO	SOBRE	20
31	10010025	COMPLEJO B CON 50MG/ML DE PIRIDOXINA DE USO IM INYECTABLE	AMPOLLA X 10ML	20
32	H02AD005711-U	DEXAMETASONA 8 MG/2ml	AMPOLLA	10000
33	M01AD015701-U	DICLOFENACO 75 MG/3ML	AMPOLLA	10000
34	7706569022998	DICLOXACILINA 500 MG	CAPSULA	100
35	10010026	DIFENHIDRAMINA ELIXIR 12.5MG/5ML	FRASCO	20
36	603AL00164	ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO ESTRADIOL 5MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	2000
37	10030532	ENEMA TRAVAD RECTAL	BOLSA	50
38	7708304298477	ENOXAPARINA 40MG/0.4ML	AMPOLLA	1000
39	C03CF017701-U	FUROSEMIDA 20 MG	AMPOLLA	200
40	7707236126322	GENTAMICINA 160 MG/2ML	AMPOLLA	200
41	A12AC002701	GLUCONATO DE CALCIO 10% (9.3MG/ML) SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	40
42	H02AH008721-U	HIDROCORTISONA SODIO 100 MG POLVO PARA INYECCION	VIAL	5000
43	A03DH013701-U	HIOSCINA + DIPIRONA (20MG+2.5 MG) solución inyectable	AMPOLLA	700
44	A03BH013021	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 MG/1ML solución inyectable	AMPOLLA	3000
45	M01AI002011	IBUPROFENO 400MG	TABLETA	500
46	A10AI009712	INSULINA HUMANA R(CRISTALINA) 100UI	VIAL	20
47	7702896002269	LABELTALOL 100MG/20ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	20
48	7707288820971	LAMIVUDINA 10 mg/ML SOLUCION ORAL	FRASCO	30
49	7707288820025	LAMIVUDINA 150 MG+ ZIDOVUDINA 300 MG X60 TABLETAS	CAJA	20

50	603AL005161	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 150MCG+30MCG	BLISTER X 21 TAB	2000
51	G03A4425163	LEVONORGESTREL 0.75 MG TABLETAS	BLISTERX 2 TAB	20
52	J05AE11	LOPINAVIR 80 MG + RITONAVIR 20 MG SOLUCION ORAL	FRASCO	30
53	8054083004303	LOPINAVIR+RITONAVIR 200/50 mg	FRASCO x 120 tabletas	30
54	P01AM022234	LOSARTAN 50MG	TABLETA	1000
55	19948280-04	METOCARBAMOL 750MG	TABLETA	100
56	7707184160324	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	7000
57	7704588003691	METOPROLOL 5MG/5ML (1MG/ML)	AMPOLLA	100
58	29653	METRONIDAZOL 500 MG	TABLETA	100
59	7707019469806	METRONIDAZOL 250MG/5ML SUSPENSION ORAL	FRASCO	30
60	7702057010935	MISOPROSTOL TAB 200 MCG TABLETAS	FRASCOX 7 TABLETAS	10
61	10010027	NALOXONA 0.4MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	30
62	17145-18	NAPROXENO 250 MG	TABLETA	1000
63	CO8CN006101	NIFEDIPINO 10 MG TABLETA/CAPSULA	TABLETA/CAPSU LA	300
64	CO8CN006101-U	NIFEDIPINO 30 MG CAPSULA/TABLETA	CAPSULA/TABLE TA	100
65	019922567	OMEPRAZOL 20MG	TABLETA	1000
66	019922566-06	OMEPRAZOL 40 MG POLVO LIOFILIZADO	AMPOLLA	6000
67	J01CO004721-U	OXACILINA 1 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	VIAL	6000
68	J01C5800721	PENICILINA BENZATINICA 1.200.000 UI	VIAL	300
69	J01C5800724	PENICILINA BENZATINICA 2.400.000 UI	VIAL	350
70	10010028	PIRIDOXINA 50MG CAPSULA BLANDA	CAPSULA	100
71	7501088618505	PROXIMETACAINA 5MG/ML SUSPENSION OFTALMICA (ALCAINE)	FRASCO	12
72	7703889154392	SALBUTAMOL 100MCG INHALADOR BULCAL FCOX200DOSIS FRASCO	SUSPENSION PARA INHALACION	1200
73	7707298540081	SOLUCION HARTMAN 500 ML LACTATO DE RINGER	BOLSAX 500ML	12000
74	1030111	SOLUCION SALINA AL 09% 100 ML	BOLSA X 100ML	8000
75	7707298540050	SOLUCION SALINA AL 09% 500ML CLORURO DE SODIO	BOLSA X 500ML	18000
76	7443003590025	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	AMPOLLA	30
77	N03AM001701-U	SULFATO DE MAGNESIO AL 20% SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLAX10ML	400
78	7702184011003	SULFATO FERROSO 200 MG	TABLETA	50000
79	10010029	TIAMINA 100MG/ML (SOLUCION INYECTABLE)	AMPOLLA	15
80	A11D7425121	TIAMINA 300 MG	TABLETA	200
81	100100300	TIERRA DE FULLER POLVO TARRO DE 60GR	TARRO	15

82	20046007-02	TOXOIDE TETANICO 40UI/0.5ML Solución Inyectable VACUNA ANTITETANICA	VIAL	1500
83	7703153024345	TRAMADOL 50MG/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	1200
84	7702645201974	VASELINA BLANCA USP	TARRO X 500G	40
85	B02BF008701-U	VITAMINA K (FITOMENADIONA) 10MG/ML	AMPOLLA	200
86	S01AX18	YODOPOVIDONA 5% SOLUCION OFTALMICA PROFILAXIS EN NEONATOS	FRASCO CON DOSIFICADOR EN GOTAS	20
87	J05AF01	ZIDOVUDINA 10 mg/ML SUSPENSION ORAL	FRASCO	30

NOTA: Todos los elementos solicitados, que requieran registro sanitario acorde a la normatividad vigente, deben incluirse en la propuesta técnica a presentar.

Aportar a cuando a ello hubiere lugar el certificado de Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento de los Dispositivos Médicos, CCAA, en cumplimiento de la Resolución 4002 de 2007, por el Ministerio de la Protección Social.

4. PARTICIPANTES

Podrán participar en la presente convocatoria todas las personas naturales o jurídicas legalmente constituidas y domiciliadas en Colombia, individualmente o bajo las modalidades de consorcios o uniones temporales, cuyo objeto social esté relacionado directamente con el objeto de la presente convocatoria, de manera que permita la ejecución del contrato requerido; siempre y cuando no estén incursas en las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política y la Ley y en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, normatividad aplicada por remisión expresa del artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.

Los miembros del Consorcio o de la Unión Temporal deberán designar la persona que para todos los efectos, representará al Consorcio o Unión Temporal y definir las condiciones de facturación. En general, deberán señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre ellos y su responsabilidad.

Las personas jurídicas y/o naturales, y las personas integrantes de un consorcio o unión temporal deben acreditar individualmente la identificación tributaria e información sobre el régimen de impuesto a las ventas al que pertenece y el Certificado de Existencia y Representación Legal.

RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE.

Los **PROPONENTES** al elaborar su PROPUESTA, deben incluir los aspectos y requerimientos necesarios para cumplir con todas y cada una de las obligaciones contractuales y asumir los riesgos inherentes a la ejecución del Contrato, así mismo deben tener en cuenta que el cálculo de los costos y gastos, cualesquiera que ellos sean, se deben basar estrictamente en sus propios estudios y estimativos técnicos, bajo su cuenta y riesgo. De manera especial y respecto de los aspectos técnicos, deben tener en cuenta la obligatoriedad de cumplir con los estándares-mínimos establecidos en esta invitación.

Por tanto, es entendido que el análisis de la información ofrecida y obtenida de conformidad con lo establecido en este numeral y de cualquier otra información que los PROPONENTES estimen necesaria para la elaboración y presentación de sus PROPUESTAS es responsabilidad de ellos. La presentación de la PROPUESTA implica que el proponente ha realizado el estudio y análisis de dicha información, que recibió las aclaraciones necesarias por parte del IMSALUD sobre inquietudes o dudas previamente consultadas, que ha aceptado que ésta invitación es completa, compatible y adecuada; que ha tenido en cuenta todo lo anterior para fijar los precios, plazos y demás aspectos de la propuesta necesarios para el debido cumplimiento del objeto contractual. En razón de ello, se entiende para todos los efectos que el proponente conoce y acepta los términos y condiciones planteados por la E.S.E IMSALUD.

Todas las interpretaciones equivocadas que con base en sus propios juicios, conclusiones, análisis, etc., obtenga el PROPONENTE respecto de esta invitación, son de su exclusiva responsabilidad, por tanto, ésta no será extendida a IMSALUD.

5. OFERTA

1. **TIPOS DE OFERTA:** se aceptan propuestas por ítems, conforme los ítems descritos y conforme a la modalidad deberán registrar la oferta en la plataforma BIONEXO.
2. **DIRECCION ELECTRONICA:** Los proponentes además de precisar la dirección, teléfono y domicilio, deben fijar la dirección electrónica a través del cual la Empresa efectuará todas las notificaciones.
3. **IRREVOCABILIDAD DE LA OFERTA:** La propuesta será irrevocable. En consecuencia, una vez comunicada, no podrá retractarse el proponente, so pena de indemnizar los perjuicios que con su revocación cause a la E.S.E. IMSALUD.
4. **IDIOMA:** La propuesta debe presentarse en idioma castellano.
5. **MONEDA NACIONAL:** Los valores deben expresarse en pesos colombianos.
6. **COSTOS E IMPUESTOS:** El valor de la propuesta debe incluir los costos directos e indirectos, impuestos y demás gastos que se ocasionen. En la oferta se debe discriminar el IVA.
7. **LUGAR DE ENTREGA O PRESTACION DEL SERVICIO:** El objeto contractual se ejecutará en las instalaciones de la E.S.E. IMSALUD, localizada en Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander, País Colombia. Los bienes deben ser entregados en la oficina de almacén de la entidad.
8. **FORMACION DEL CONTRATO:** El contrato se conforma con la oferta y la aceptación expresa de la misma, transmitidas a través de medios electrónicos.
9. **EFFECTOS JURIDICOS.** - Las consecuencias legales del mensaje de datos se regirán conforme a las normas aplicables al acto o negocio jurídico contenido en dicho mensaje de datos, el cual se supedita a las condiciones contractuales estipuladas en el presente anuncio y al régimen legal contenido en el Acuerdo por el Estatuto de Contratación- Acuerdo No: 024 de 2020- emanado de la Junta Directiva, y la Resolución No: 0444 de 2017 -Manual de Contratación -, así como la normatividad en concordancia, o aquella que la modifique, complemente, aclare o sustituya., Por tanto, se entiende para todos los efectos legales que el proponente acepta tales disposiciones.
10. **MODIFICACIONES Y ADICIONES:** Las modificaciones y adiciones a que haya lugar, se realizarán mediante mensaje de datos, requiriéndose el respectivo acuse de recibo y aceptación expresa.
11. **PARÁGRAFO:** Cuando existan variaciones en las propuestas relacionadas con el factor de empaque, la empresa podrá realizar ajustes a las cantidades, en forma previa a la confirmación, siempre y cuando no se afecte el valor total del contrato.
12. **INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** - El contratista debe manifestar en la oferta, bajo la gravedad de juramento, que no se encuentra incurso en inhabilidades e incompatibilidades legales para contratar.
13. **REQUISITOS LEGALES DEL CONTRATISTA- LOS OFERENTES DEBEN APORTAR:**

1	Carta de presentación de la oferta Anexo 1
2	Cédula de Ciudadanía o extranjería del Representante Legal
3	Matricula mercantil, si es del caso.
4	Certificado de existencia y representación legal, si es del caso, no superior a 3 meses a la fecha de expedición
5	Fotocopia del Registro Único Tributario Actualizado – RUT.
6	Certificación de pago y/o afiliación al sistema seguridad social y parafiscales (Ley 789 de 2002, art. 50)
7	Certificado de Antecedentes Fiscales o autorizar la consulta en línea (Persona jurídica, Representante Legal y/o personas naturales)
8	Certificación Antecedentes disciplinarios. (Persona jurídica, Representante Legal y/o personas naturales)
9	Certificación Antecedentes judiciales -personas naturales.
10	Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas – - LEY 1801 DE 2016 - Artículo 183).
11	Declaración de Bienes y Rentas, registro de conflicto de interés y declaración de impuesto sobre la renta, actualización anual, las modificaciones deben registrarse dentro de los dos (2) meses siguientes. (La copia de la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios se deberá actualizar dentro del mes siguiente a la presentación de la última declaración del año gravable ante la DIAN.) (Ley 2013 de 2019) anexo 2

12	Tarjeta profesional y certificación de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios del contador público.
13	Tarjeta profesional y certificación de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios del revisor fiscal cuando a ello hubiere lugar
14	Garantía de Seriedad de la Oferta Garantía Con vigencia de Noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha prevista del cierre (presentación de oferta económica).
15	Formulario de la debida diligencia sarlaft (anexo 3)
En caso de no presentarse alguno de los documentos o adolecer de los requisitos exigidos, IMSALUD podrá solicitar por una sola vez, que se subsane y el PROPONENTE deberá acreditarlo en el término que se le señale, so pena de incurrir en causal de rechazo.	

14. CAUSALES DE RECHAZO:

- a) Cuando No haya correspondencia entre el objeto social del oferente y el objeto de la presente contratación
- b) Cuando no se suscriba la Carta de Presentación de la Propuesta por la persona natural proponente o por el representante legal de la firma proponente o cuando no tenga la autorización para hacerlo.
- c) La ausencia de las autorizaciones que de conformidad con los estatutos se requieran para representar y comprometer válidamente a la persona jurídica.
- d) Cuando la oferta sea presentada por personas jurídicamente incapaces para obligarse, o que no cumplan todas las calidades exigidas.
- e) Cuando se encuentre que el PROPONENTE está incurso en alguna de las inhabilidades e incompatibilidades o prohibiciones previstas en la Constitución o en la Ley.
- f) Cuando el valor de la propuesta supere el valor de la disponibilidad presupuestal estipulado para la presente convocatoria.
- g) Cuando se compruebe que el PROPONENTE ha presentado precios artificialmente bajos o altos en relación con los precios promedios del mercado y del sector al cual pertenecen.
- h) Cuando se presenten varias propuestas por el mismo PROPONENTE por sí, por interpuestas personas o por personas jurídicas pertenecientes al mismo grupo empresarial (ya sea en consorcio, unión temporal o individualmente).
- i) Cuando el PROPONENTE habiendo sido requerido por IMSALUD para aportar documentos, información o aclaraciones, conforme a lo establecido en el anuncio, no los allegue dentro del término fijado, o habiéndolos aportado, no estén acorde con las exigencias.
- j) Cuando la propuesta presentada no cumpla con los requerimientos mínimos y obligatorios establecidos en la presente invitación.
- k) Cuando las ofertas no se ajusten a las especificaciones técnicas requeridas por la Entidad y se **propongan especificaciones diferentes, mediante comentarios plasmados en la plataforma electrónica o a través de cualquier otro documento adjunto a la propuesta**; salvo cuando en forma previa y expresa la entidad acepte alternativas de oferta.
- l) Cuando el representante legal de una persona jurídica o los representantes legales que participen en un consorcio o unión temporal ostenten igual condición en otra u otras firmas que también participen en la presente contratación.
- m) Cuando la propuesta se presente en forma extemporánea.
- n) Las situaciones que siendo susceptibles de subsanabilidad, no hayan sido subsanadas oportunamente.
- o) Los demás casos en que se incumplan previsiones contempladas en la presente invitación y se les otorgue el mismo efecto jurídico
- p) La no entrega de la garantía de seriedad de la oferta.

15. EMPATE

Luego de evaluadas las propuestas, en el evento de empate, se tendrán en cuenta, en su orden, los siguientes criterios de desempate:

- ✓ Se preferirá la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros.
- ✓ Se preferirán las ofertas presentadas por una Mipyme.
- ✓ Se preferirán las ofertas presentadas por un Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura siempre que: (a) esté conformado por al menos una Mipyme nacional que tenga una participación de por lo menos el 25% ; (b) La Mipyme aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada de la oferta; y (c) ni la Mipyme, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura.
- ✓ Se preferirá la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral; debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.

6. PRESUPUESTO

VALOR DEL CONTRATO	\$ 248.217.633
DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE. El valor del contrato incluye costos directos, indirectos, impuestos y aquellos de cualquier naturaleza que se deriven de la ejecución contractual.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No: 002655 Fecha: 13/10/2020

7. GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO

ITEM	AMPARO	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
1	SERIEDAD DE LA OFERTA	DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA 90 DIAS MAS	10% DEL VALOR OFERTADO
2	GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO	PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MÁS.	20% DEL VALOR OFERTADO
3	CALIDAD DE BIENES.	PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MÁS.	20% DEL VALOR OFERTADO
4	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO	20% DEL VALOR OFERTADO

8. CRONOGRAMA

No.	ACTIVIDAD	FECHA	LUGAR
1	ANUNCIO PÚBLICO Y PEDIDO DE COTIZACION - PDC.	16/10/2020	https://www.imsalud.gov.co/web www.bionexo.com.co https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do
2	OBSERVACIONES	Hasta el 19/10/2020 Hora: 11:00 A.M.	Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander. Oficina de GERENCIA O Medios electrónicos: gerenciacotizaciones@imsalud.gov.co
3	RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES Y/O ADENDA SI A ELLO HUBIERE LUGAR	19/10/2020	https://www.imsalud.gov.co/web https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do
4	<u>PLAZO DE PRESENTACION DE OFERTA - CIERRE.</u>	<u>20/10/2020</u> Hasta las 10:00 A.M.	www.bionexo.com.co
5	<u>ENVIOS DE DOCUMENTOS LEGALES</u>	<u>20/10/2020</u> Hasta las 10:00 A.M.	Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander. Oficina de GERENCIA O Medios electrónicos: gerenciacotizaciones@imsalud.gov.co
6	<u>INFORME DE REQUISITOS LEGALES</u>	<u>22/10/2020</u>	https://www.imsalud.gov.co/web https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do

7	PLAZO PARA SUBSANAR	<u>23/10/2020</u> Hora: 02:30 PM	Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander. Oficina de GERENCIA Medios electrónicos: gerenciacotizaciones@imsalud.gov.co
8	INFORME DE SUBSANABILIDAD DE REQUISITOS LEGALES	<u>23/10/2020</u>	https://www.imsalud.gov.co/web https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do
9	CONFIRMACIÓN DEL PROVEEDOR O ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DENTRO DE LOS 2 DÍAS HÁBILES SGTES AL INFORME DE EVALUACION O SUBSANABILIDAD SEGÚN SEA EL CASO	www.bionexo.com.co Correo electrónico del oferente
10	OTORGAMIENTO Y APROBACIÓN DE LAS GARANTÍAS, SI A ELLO HUBIERE LUGAR Y REGISTRO PRESUPUESTAL	DENTRO DE LOS 2 DÍAS HÁBILES SGTES A LA CONFIRMACIÓN	Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander. Oficina de GERENCIA Medios electrónicos: gerenciacotizaciones@imsalud.gov.co

Correo Electrónico: gerenciacotizaciones@imsalud.gov.co

El cronograma podrá modificarse por razones debidamente sustentadas y publicadas en forma oportuna a través de los medios tecnológicos previstos para cada etapa del proceso.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

La ESE IMSALUD revisará como principal criterio de selección el **cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas**. Una vez cumplidas las mismas, **se priorizará el precio** pertinente para la institución en una revisión de costo – beneficio.

Solo tendrán validez las ofertas económicas presentadas a través de la plataforma electrónica de compras

PROPUESTA ECONÓMICA: El proponente deberá ajustar al peso los precios unitarios, bien sea por exceso o por defecto.

El cálculo del precio de venta debe incluir el IVA, cuando el bien o servicio este gravado con dicho impuesto.

En el suministro de información de precios, a través de la plataforma electrónica, se debe tener en cuenta el incremento del IVA, el cual se registra en forma independiente y se suma automáticamente al precio unitario arrojando resultados con decimales. En razón de ello, el proponente debe calcular cada valor en forma previa para que la plataforma no genere cifras con decimales, en su defecto, IMSALUD aplicará el principio matemático de redondeo o aproximación por exceso o por defecto, en el valor total del contrato, cuyo registro presupuestal corresponderá a números enteros, prescindiendo de decimales, independientemente de que los valores unitarios hayan arrojado cifras con decimales por omisión imputable al oferente.

En el evento que el proponente no señale el valor del precio unitario de un ítem, se considerará como no ofrecido el ítem.

10. CLAUSULADO

- FORMA DE PAGO:** El pago se realizará, dentro del mes siguiente a la presentación de la factura o documento equivalente, previo cumplimiento de los requisitos legales e institucionales, se supedita al informe del supervisor del contrato, contenido de la certificación de cumplimiento, los aspectos técnicos, jurídicos, administrativos y financieros a que haya lugar.
PARAGRAFO: El contratista se compromete a pagar los impuestos y demás costos fiscales a que haya lugar. En su defecto, autoriza a la entidad a hacer las deducciones de ley.
- PLAZO DE EJECUCION:** El plazo de ejecución del contrato será contado a partir del acta de inicio, previa legalización, hasta el 31 de diciembre de 2020
- REQUISITOS DE EJECUCION CONTRACTUAL:** Para la ejecución del contrato se requiere expedición del registro presupuestal y aprobación por parte de la E.S.E. IMSALUD de las garantías que debe constituir el contratista, si a ello hubiere lugar.

- 4) **CLAUSULAS EXCEPCIONALES:** La E.S.E. IMSALUD podrá interpretar, modificar, terminar y declarar la caducidad del presente contrato, de manera unilateral, en los eventos previstos en el Manual de Contratación de la Institución, publicado en la página web: <https://www.imsalud.gov.co/web/>
- 5) **CLAUSULA PENAL PECUNIARIA:** Se estipula una Cláusula penal equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del Contrato, suma que cancelará EL CONTRATISTA en el evento de incumplir sus obligaciones y que podrá ser cobrada por la vía judicial.
- 6) **LIQUIDACION:** El contrato será objeto de liquidación de común acuerdo entre las partes contratantes, procedimiento que se efectuará dentro de los seis (6) meses contados a partir de la terminación o a la fecha del acuerdo que la disponga. En esta etapa las partes acordarán los ajustes, revisiones y reconocimientos a que haya lugar. Para la liquidación se exigirá al contratista la extensión o ampliación de la garantía, si a ello hubiere lugar.
- 7) **SOLUCION DE CONFLICTOS CONTRACTUALES:** En el evento de surgir divergencias entre las partes, se acudirá al empleo de mecanismos de solución de controversias contractuales previstos en la ley colombiana, dentro de ellos: el arreglo directo, la conciliación y transacción, conforme lo preceptuado en el Manual de Contratación de la E.S.E. IMSALUD
- 8) **EXCLUSION DE LA RELACION LABORAL:** El contratista desarrollará el objeto del contrato bajo su propia responsabilidad y plena autonomía técnica y administrativa, conforme las condiciones pactadas. En consecuencia, no existirá ninguna clase de vínculo laboral entre las partes ni las personas que el contratista emplee para la ejecución del presente contrato.
- 9) **INDEMNIDAD:** El contratista mantendrá indemne a la E.S.E. IMSALUD contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, durante la ejecución del objeto contractual y hasta la liquidación definitiva del contrato. Se consideran como hechos imputables al contratista, todas las acciones u omisiones y en general, cualquier incumplimiento de sus obligaciones contractuales.
- 10) **SUPERVISION:** Para el control y seguimiento del cabal cumplimiento del objeto contractual se designa como supervisor del presente contrato al Subgerente de atención en salud de la E.S.E. IMSALUD, o quien él asigne, quién se encargará de velar por la observancia plena de las cláusulas pactadas entre las partes.
- 11) **CESION:** El contrato solo podrá cederse total o parcialmente, previa autorización escrita de la E.S.E. IMSALUD. Para que la cesión sea procedente, el contratista cedente deberá acreditar que el cesionario reúne las mismas o mejores calidades que él. **PARÁGRAFO:** Si hay lugar a cesión del contrato a favor del garante, este estará obligado a constituir las garantías previstas en el contrato.
- 12) **DOMICILIO CONTRACTUAL:** El domicilio contractual para el cumplimiento de las Obligaciones, así como para todos los efectos jurídicos será la ciudad de San José de Cúcuta.

11. CONVOCATORIA VEEDURIA CIUDADANA

Se convoca a las veedurías ciudadanas para que ejerzan control a la actividad contractual, bajo los parámetros de la Ley 850 de 2003. En razón de ello, podrán intervenir en la gestión contractual, plantear observaciones y presentar recomendaciones, si a ello hubiere lugar.

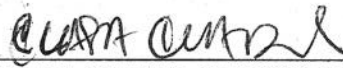
11. ANEXO

ANEXO 1: FORMATO CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA.

ANEXO 2: DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS, REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS Y DECLARACIÓN DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA, ACTUALIZACIÓN ANUAL, LAS MODIFICACIONES DEBEN REGISTRARSE DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES. (LA COPIA DE LA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS SE DEBERÁ ACTUALIZAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA PRESENTACIÓN DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DEL AÑO GRAVABLE ANTE LA DIAN.) (LEY 2013 DE 2019)

ANEXO 3: FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA SARLAFT

San José de Cúcuta, a los dieciséis 16 días del mes de octubre de 2020.


CLARA YAMILE CUADROS CASTILLO
 Subgerente de atención en salud

Revisó y aprobó: Soraya Tatiana Cáceres Santos - jefe oficina de servicios generales (e)
 Proyectó: Kaleth Nycky Correa González-Profesional especializado

ANEXO 1: FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha.

Señores
E.S.E. IMSALUD
CUCUTA.

REFERENCIA: PROCESO DE INVITACION PRIVADA

Nosotros los suscritos: _____ (*nombre del proponente*) de acuerdo con el Pliego de Condiciones, hacemos la siguiente propuesta para _____ (*objeto del PROCESO DE CONTRATACION*) y, en caso que nos sea aceptada por **LA E.S.E. IMSALUD** nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente en la fecha fijada en el cronograma.

Declaramos así mismo:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
2. Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
3. Que conocemos la información general, invitación, adendas y demás documentos del presente proceso contractual y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
4. Que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar, tampoco conflicto de intereses.
5. Que no hemos sido sancionados mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna Entidad Oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de cierre del presente proceso contractual. (en caso contrario) informamos que hemos tenido incumplimiento con las siguientes entidades: _____ (*indicar el nombre de cada entidad*).

Que si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a con Centro Comercial Bolívar, Bloque C, local C 14, Cúcuta – Norte de Santander.

1. Oficina de servicios generales stituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

Atentamente,

Nombre o razón social:
C. C. _____ de _____

NIT:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

En constancia, se firma en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200_____.

(*Nombre y firma de cada uno de los integrantes*)

(*Nombre y firma del Representante Legal*)

ANEXO 02:


El servicio público es de todos **Función Pública**

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
 (Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Documento de identificación	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>

Lugar de Nacimiento			
País <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.

Cargo o función que cumple

Lugar de sede			
País <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>			

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

CONCEPTO	SALDO

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIÉN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI NO

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS


2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

ANEXO 03:

		GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				CODIGO: PA-FINS-PR-12-F-01		FECHA: 13-10-2020		
		FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT				VERSION: 01		PAGINA: 1 de 2		
Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte				Tipo de Solicitud			
día	mes	año	Cliente	Contratista	EAPB	Proveedor	Vinculación			
			Colaborador	Junta Directiva	Accionista	Otro	Actualización			
Ciudad			Regional		Zonal					
I. INFORMACION GENERAL										
PERSONA NATURAL										
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento		
								N° Identificación		
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Dirección		
		día mes año				día mes año				
Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento		Profesión		
								Ocupación (código CIU)		
Responda sí o no a las siguientes preguntas										
¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?				
PERSONA JURIDICA										
Razón Social				NIT		Correo electrónico				
Tipo de sociedad:		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		
								¿Cuál?		
Tipo de empresa:		Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro		
Actividad económica principal										
Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		
								¿Cuál?		
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero		Código CIU		
Descripción de la actividad económica										
Dirección oficina principal				Teléfono		Celular		Ciudad		
								Departamento		
Dirección agencia o sucursal				Teléfono		Celular		Ciudad		
								Departamento		
Representante Legal										
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento		
								N° Identificación		
Lugar de expedición		Dirección				Teléfono		Ciudad		
Responda sí o no a las siguientes preguntas										
¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?				
Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)										
Razón social o nombres y apellidos				Tipo de documento		N° Documento		% de Participación		
JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACION SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)										
Nombres y apellidos			Tipo de documento		N° Documento		Principal o suplente		Responda sí o no a las siguientes preguntas	
									¿Administra recursos públicos?	
									¿Tiene reconocimiento público?	
									¿Tiene grado de poder público?	
									¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	

	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		CODIGO: PA-FINS-PR-12-F-01	FECHA: 13-10-2020		
	FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT		VERSION: 01	Página 2 de 2		
II. INFORMACION FINANCIERA						
Total activos \$		Total pasivos \$		Patrimonio \$		
Ingresos mensuales \$		Egresos mensuales \$		Otros ingresos \$		
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:				
III. INFORMACION BANCARIA						
Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono		
Corriente	Ahorros					
IV. REFERENCIAS COMERCIALES						
Nombre		Teléfono	Dirección	Ciudad		
V. OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de transacciones					
	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias
¿Cual?						
Productos financieros en moneda extranjera						
Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Montó	Ciudad	País	Moneda
VI. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS						
Declaro expresamente que:						
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):						
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.						
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.						
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E IMSALUD, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.						
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.						
6. Eximimos a la E.S.E IMSALUD, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.						
VII. DECLARACIONES ADICIONALES						
1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI	NO				
2. ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	SI	NO				
3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	SI	NO				
VIII. FIRMA Y HUELLA						
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:						
_____ Firma (Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)				Huella		
DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURIDICA						
Nombre de la persona que lo diligencia			Tipo de documento		Número de identificación	
			CC	CE	PAS	
Lugar de expedición		Firma				