ACEPTACION DE LA OFERTA No. 189M de 2016

PROCESO No: SS16M-366

San José de Cúcuta, 11 de julio de 2016

Señores:
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER
NIT 890.500.516-3
R/L Claudia Cecilia Uribe Rangel
C.C. 27.893.122 de Villa Rosario
Calle 9 Avenida 1 Esquina
Teléfono 5714499 – 5715255
comfanorte@telecom.com.co
Cúcuta

Teniendo en cuenta la oferta presentada para **SUMINISTRO DE VACUNAS PARA EL PROGRAMA MADRE CANGURO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ,** me permito manifestarle que la misma fue aceptada por la E.S.E. HUEM, cuyo vínculo contractual se sujeta a las condiciones establecidas a continuación, así como a las prescripciones consagradas en el Estatuto Contractual y Manual de Contratación de la E.S.E HUEM, publicados en la página web: www.herasmomeoz.gov.co.

1. ESPECIFICACIONES

BIENES

CODIGO	NOMBRE	UNID.MED.	CANT.	VR UNIT	VR TOTAL
J07CA06	VACUNA PENTAXIM ANTIPEDIATRICA, ANTITETANICA, ACELULAR MULTICOMPUESTA, ANTIPOLIOMIELITICA (INACTIVADA) Y CONJUGADA CONTRA EL HAEMOPHILUS DE TIPO B ADSORBIDA)	AMP	230	108.000	24.840.000

OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CONTRATISTA :

1. Los productos deben ser entregados en empaques originales de fábrica, con las etiquetas o rótulos íntegros, perfectamente legibles.
2. Preservar la cadena de frío en caso de requerirse
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 HUEM con la factura debidamente diligenciada, la cual debe contener LOTE, REGISTRO INVIMA, CUM, CÓDIGO ATC Y FACHA 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 de pedido de acuerdo a la rotación del producto.
7. En caso de presentar inconvenientes en el suministro de algún producto adjudicado, 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 anexar en físico el registro INVIMA del producto adjudicado

VALOR DEL CONTRATO: VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE	**$24.840.000**

El valor del contrato incluye costos directos, indirectos y gastos de cualquier naturaleza que se pudieren generar de la legalización y ejecución contractual, tales como: impuestos, constitución de garantía, transporte, operarios, etc.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No: 673	**Fecha: 08/06/2016**

2. GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO

No:	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% (VALOR DEL CONTRATO ADJUDICADO)	VIGENCIA
1	NA	NA	NA	NA
2	NA	NA	NA	NA

EL OFERENTE DEBE OTORGAR LAS GARANTIAS DENTRO DE LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA CONFIRMACIÓN DE LA OFERTA.

3. CLAUSULADO

1) **FORMA DE PAGO:** Los pagos se efectuarán de forma mensual dentro de los sesenta (60) días siguientes a la radicación de la factura con el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ESE HUEM.
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.
2) **PLAZO DE EJECUCION:** A partir del Acta de Inicio hasta el 31 de diciembre de 2016
3) **LUGAR DE ENTREGA O PRESTACION DEL SERVICIO:** El objeto contractual se ejecutará en las instalaciones de la E.S.E. HUEM, localizada en la Av. 11 Este 5AN -71 Guaimaral de la ciudad de Cúcuta, Departamento Norte de Santander, País Colombia. Los bienes deben ser entregados en la oficina de almacén de la entidad.
4) **FORMACION DEL CONTRATO:** El contrato se conforma con la oferta y la aceptación expresa de la misma.
5) **REQUISITOS DE EJECUCION CONTRACTUAL:** Para la ejecución del contrato se requiere expedición del registro presupuestal y aprobación por parte de la E.S.E. HUEM de las garantías, si a ello hubiere lugar.
6) **CLAUSULAS EXCEPCIONALES:** La E.S.E. HUEM 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: www.herasmomeoz.gov.co
7) **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.
8) **LIQUIDACION:** El contrato, en caso de requerirse, 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. En aquellos casos en que el contratista no acepte expresamente la liquidación, no obstante habérsele enviado en tres (3) oportunidades, mediando un lapso mínimo de quince (15) días calendario, se entenderá para todos los efectos legales, aceptación tácita de la liquidación.
9) **INDEMNIDAD:** El contratista mantendrá indemne a la E.S.E. HUEM 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, si a ello hubiere lugar. 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 Salud de la E.S.E. HUEM, o a quien el asigne, quién se encargará de velar por la observancia plena de las cláusulas pactadas entre las partes.

Atentamente,

HERNANDO OTERO RODRIGUEZ
Subgerente de Servicios de Salud (e)

Aprobó: Paola Cornejo Carrascal, Abogado GABYS
Proyectó: Angélica María Chaparro Quintero, Abogado GABYS

Gmail

Farmacia Huem <farmaciaherasmomeoz@gmail.com>

Propuesta vacunas

cacecentro@comfanorte.com.co <cacecentro@comfanorte.com.co> 7 de junio de 2016, 15:17

Para: farmaciaherasmomeoz@gmail.com

Al contestar favor cite el número: **29869**

Dependencia: 0041

SAIGH-364

1897

San José de Cúcuta, 07/06/2016

Señora
ELIZABETH CAMAÑO
Coordinadora de farmacia
E.S.E Hospital Universitario Erazmo Meoz
La ciudad

Trámite: CORRESPONDENCIA INFORMATIVA **Actividad:** PRESENTACIÓN

Reciba de COMFANORTE un cordial saludo y los mejores deseos en su gestión laboral.

De acuerdo a su solicitud, presentamos la propuesta de la línea de **VACUNACIÓN**, para su institución

VACUNA	INDICACIONES	DOSIS	TARIFA AFILIADO
PENTAXIM **VACUNA ANTIDIFTERICA, ANTITETANICA, CONTRA LA TOSFERINA (ACELULAR, MULTICOMPUESTA), ANTIPOLIOMIELITICA (INACTIVADA) Y CONJUGADA CONTRA EL *HAEMOPHILUS* DE TIPO B, ADSORBIDA.**	Niños a partir de los 2 meses	3 dosis	$ 108.000
INFANRIX HEXA **VACUNA COMBINADA ANTIDIFTERICA, ANTITETANICA, ANTITOSFERINA ACELULAR, ANTIHEPATITIS B, ANTIPOLIOMIELITICA INACTIVADA Y ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b.**	Niños a partir de los 2 meses	3 dosis	$ 182.000

La vacuna PENTAXIM las sustancias activas son: Después de la reconstitución, una dosis (0,5 ml) contiene:

Toxoide diftérico..... ≥ 30U.I.
Toxoide tetánico..... ≥ 40 U.I.
Antígenos de *Bordetella pertussis*:
Toxoide pertusico ..... 25 microgramos
Hemaglutinina filamentosa ..... 25 microgramos
Poliovirus tipo 1 (inactivado) ..... 40 U.D
Poliovirus tipo 2 (inactivado) ..... 8 U.D
Poliuvirus tipo 3 (inactivado) ..... 32 U.D
Polisacarido de Haemophilus influenzae tipo b ..... 10 microgramos
Conjugado con proteína tetánica ..... 18-30 microgramos
(1) Adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado ..... 0,3 mg Al

(2) UD: unidad antígeno D.

(3) O cantidad equivalente de antígeno determinada según un método inmunoquimico apropiado.

Los demás componentes son: Sacarosa, trometamol, medio Hanks sin rojo de fenol (mezcla completa de aminoácidos que incluye la fenilalanina, sales minerales, vitaminas y otros componentes como la glucosa), ácido acético y/o hidróxido de sodio para ajuste del pH, formaldehido, fenoxietanol y agua para inyectables.

Titular de la autorización de comercialización
SANOFI PASTEUR SA
2, AVENUE PONT PASTEUR
69007 LYON, FRANCIA

La vacuna INFANRIX HEXA las sustancias activas son: Después de la reconstitución, una dosis (0,5 ml) contiene:
Toxoide diftérico..... ≥ 30U.I.
Toxoide tetánico..... ≥ 40 U.I.
Antígenos de *Bordetella pertussis*:
Toxoide pertusico ..... 25 microgramos
Hemaglutinina filamentosa ..... 25 microgramos
Pertactina (PRN).....8 microgramos
Antigeno de superficie de hepatitis B(HB).....10 microgramos
Poliovirus tipo 1 (inactivado) .... 40 U.D
Poliovirus tipo 2 (inactivado) ..... 8 U.D
Poliuvirus tipo 3 (inactivado) ..... 32 U.D
Polisacarido de Haemophilus influenzae tipo b ..... 10 microgramos
Conjugado con proteína tetánica ..... Aprox. 25 microgramos
Adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado ..... 0,5 mg Al
Producido en células de levadura por tecnología de ADN recombinante
0.32 mg AL

Propagado en células VERO.

Tenemos disponibilidad de dosis de estas vacunas.
Estaremos atentos a sus inquietudes y a la oportunidad para **COMFANORTE** de participar en la atención de sus pacientes y apoyo necesario para que su entidad continúe aportando bienestar a su población.

Cualquier información adicional con gusto le será atendida en Cace Central COMFANORTE IPS en Avenida 1 Calle 9 Esquina, teléfono **PBX 5823455 Ext. 486, Cel. 3125519459** con **Sandra Contreras**, Ejecutiva Integral a cargo del Servicio de vacunación COMFANORTE; correo electrónico cacecentro@comfanorte.com.co

MAGALY PEDRAZA
Asistente Salud IPS

Elaboró: SC Anexos:0

Copia a: