

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN DEL ORIENTE COLOMBIANO
COMFAORIENTE Y EL PROGRAMA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL
RÉGIMEN SUBSIDIADO COMFAORIENTE EPS'S**

CONVOCA A:

**DROGUERÍAS, PROVEEDORES DE INSUMOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y OXIGENO
MEDICINAL**

Para COMFAORIENTE EPS'S es importante garantizar a sus afiliados los servicios de salud con calidad y oportunidad, razón por la cual convoca a las Droguerías y/o Proveedores de insumos y medicamentos que actualmente tengan sus servicios debidamente autorizados bajo la normatividad vigente, a fin de contratar con COMFAORIENTE EPS'S la prestación del Servicio de despacho de medicamentos, entrega de insumos y material de osteosíntesis, despacho de oxígeno medicinal, otros insumos médicos, a nuestros afiliados, garantizando los diferentes niveles de complejidad del POSS para la vigencia 2020; Los interesados deberán presentar la siguiente documentación en nuestras oficinas ubicada en la Avenida 2 # 13-55 Barrio La Playa de la ciudad de Cúcuta; La vigencia de esta convocatoria será desde el diez (10) de octubre de 2019, con plazo máximo hasta el día doce (12) de noviembre del 2019 a las 4:00 PM.

Información total requerida:

1. Carta de presentación de la propuesta económica y tarifas, en la carta de presentación relacionar contactos actualizados: dirección, correos electrónicos, dirección, teléfonos y/o celular.
2. Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal (**EXPEDIDA CON UNA ANTELACIÓN MÁXIMA DE TREINTA (30) DÍAS HÁBILES**). Cámara de Comercio renovada año 2019.
4. Fotocopia del RUT (**ACTUALIZACIÓN SUPERIOR AL 15 DE SEPTIEMBRE 2019**).
5. Certificado de antecedentes y requerimientos judiciales de la Policía del representante legal.
6. Certificado de antecedentes fiscales de la Contraloría General de la Nación del representante legal.
7. Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
8. Pago de aportes parafiscales (**DETALLE LABORAL DE LOS ÚLTIMOS TRES MESES**).
9. Certificado Original de la Cuenta Bancaria (**CERTIFICADO NO SUPERIOR A TREINTA DÍAS**).
10. Último balance general de su entidad, debidamente firmado por el Revisor Fiscal y/o Contador de la institución (**BALANCE CON CORTE A DÍA 30 DE JUNIO DE 2019**).
11. Resolución de Apertura de la Droguería expedida por el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD.
12. Copia de la Resolución de medicamentos de control expedida por el ente de vigilancia y control.
13. Copia de la Constancia de Buenas Prácticas de Servicio Farmacéutica (BPSF) actualizado.
14. Copia del Registro Sanitario expedido por el INVIMA (**SI APLICA**).
15. Acta de la última visita e inspección de la oficina de Medicamentos del Instituto Departamental de Salud Norte de Santander.

Avenida 2 No. 13-55 Barrio La Playa – Cúcuta – Norte de Santander
Teléfono 5921830 – 5836427 – 5836890 PBX Ext. 101
Línea gratuita Nacional 018000962055
www.comfaorientes.com

CODIGO: F-EPSS-75

ÁREA DE CONTRATACIÓN

16. Copia de la tarjeta profesional del regente de farmacia o el documento donde se certifique por el Instituto Departamental de Salud que el municipio no posee recurso humano (*En caso de que a la fecha se encuentre cursando estudios, se requiere certificación de la Red Institucional educativa*).
17. Contrato de trabajo actualizado con el regente de farmacia.
18. Precios de los productos ofertados por su empresa en medio magnético (CD), en **FORMATO EXCEL**, así:
 - Listado de precios de Medicamentos e insumos médicos (si es el caso), ilustración en el siguiente cuadro: (*ejemplo caso práctico*).

ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL CÓDIGO ÚNICO DE MEDICAMENTO "CUMS"	ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL NOMBRE DEL MEDICAMENTO O INSUMO A OFRECER.	ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL VALOR "UNITARIO" (TABLETA, CAPSULA, U.I. (UNIDAD INTERNACIONAL), ETC. DEL MEDICAMENTO O INSUMO A OFRECER.
CAMPO OBLIGATORIO	*CAMPO OBLIGATORIO*	*CAMPO OBLIGATORIO*
CUMS	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO
019994205-01	BETASERC 24MG (TABLETAS)	\$ 0.000 (REFLEJAR VALOR UNIDAD)

19. Diligenciar Compromiso anticorrupción (**ANEXO 1**).
20. Diligenciar Declaración de régimen de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses para contratar con la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE (**ANEXO 2**).
21. Diligenciar Certificación de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades (**ANEXO 3**).
22. Diligenciar Certificación donde el representante legal de la institución autorice al Director administrativo de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere al comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de información CIFIN que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de dichas obligaciones, o cualquier otro dato personal económico estime pertinente, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros (**ANEXO 4**).
23. Diligenciar Formato diligenciado de Certificación COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (**ANEXO 5**).
24. Diligenciar formulario Único de proveedores y declaración origen de fondos y otras declaraciones (**ANEXO 6**).

COMFAORIENTE EPS'S queda atenta a su propuesta y ante cualquier consulta e inquietud, favor comunicarse a los siguientes medios y con gusto le atenderemos:

- Teléfonos: 5755560 Ext. 2808 Oficina de Contratación.
- Celular: 313 422 2355
- Correo electrónico: contratación@comfaorienteepps.net