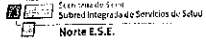


| EVALUACIÓN DE PROPUESTAS                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br><b>Norte E.S.E.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| Proceso No.                                                                                                                                                            | Invitación a Cotizar No. 158-2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| Modalidad                                                                                                                                                              | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección A. <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar B. <input type="checkbox"/> Evento Especial D. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos                                                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| Objeto a contratar                                                                                                                                                     | Suministro Integral de Terapia Presión negativa para las Unidades de la Subred Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| CRITERIO                                                                                                                                                               | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                                                        |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                                                                      | Proponente 2                                           | Proponente 3                                                       | Proponente 4                                                                        | Proponente 5                                      | Proponente 6                                      |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | KCI COLOMBIA S.A.S.                                                               | INNOVACIONES MEDICAS LTDA                              | SUPLESALUD IPS INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.S. | ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - PROASEPSIS S.A.S. |                                                   |                                                   |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | NIT: 900894722-1                                                                  | NIT: 830504243-8                                       | NIT: 805029548-6                                                   | NIT: 630534045-3                                                                    |                                                   |                                                   |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (NA)                                                                                                                    |                                                                                   |                                                        |                                                                    |                                                                                     |                                                   |                                                   |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS                                                                                                                                              | 1) a) Rotulación de los sobres de presentación (modelo anexo no. 1 entregado por la subred)<br>b) carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred)<br>c) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses 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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:             | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                                                                                                                                                        | 2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:             | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                                                                                                                                                        | 3. certificado de existencia y representación legal / matrícula 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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:             | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                                                                                                                                                        | 4. Registro único de proponentes ( expedición no mayor a noventa (90) 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"/><br>Observación:                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:             | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                                                                                                                                                        | 5. fotocopia del registro único tributario - RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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"/><br>Observación:                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:             | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                                                                                                                                                        | 6. fotocopia del registro 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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:             | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |

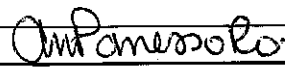
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | EVALUACIÓN                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                      |                      |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| CRITERIO                                           | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | Proponente 1                                                                                                                                                                 | Proponente 2              | Proponente 3                                                                                                                                                                 | Proponente 4                                                                                                                                                                 | Proponente 5         | Proponente 6         |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | KCI COLOMBIA S.A.S.                                                                                                                                                          | INNOVACIONES MEDICAS LTDA | SUPLESALUD IPS<br>INSTITUCION PRESTADORA<br>DE SERVICIOS DE SALUD<br>S.A.S.                                                                                                  | ASEPSIS PRODUCTS DE<br>COLOMBIA SOCIEDAD POR<br>ACCIONES SIMPLIFICADA -<br>PROASEPSIS S.A.S.                                                                                 |                      |                      |
|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | NIT: 900894722-1                                                                                                                                                             | NIT: 830604243-8          | NIT: 805029546-6                                                                                                                                                             | NIT: 830534045-3                                                                                                                                                             |                      |                      |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS                          | 7. fotocopia documento de identidad del representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación: | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|                                                    | 8. certificado antecedentes disciplinarios - 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 | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación: | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|                                                    | 9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación: | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|                                                    | 10. certificado antecedentes judiciales - 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 | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación: | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|                                                    | 11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación: No allega certificado de antecedente de la Personería de la Entidad, pero por ley antirramites (019/2012) se hace impresión del mismo y se adjunta | 1. Cumple<br>Observación: | 1. Cumple<br>Observación: No allega certificado de antecedente de la Personería de la Entidad, pero por ley antirramites (019/2012) se hace impresión del mismo y se adjunta | 1. Cumple<br>Observación: No allega certificado de antecedente de la Personería de la Entidad, pero por ley antirramites (019/2012) se hace impresión del mismo y se adjunta | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS                          | 12. certificación bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación: | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | 1. Cumple<br>Observación:                                                                                                                                                    | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|                                                    | 13. póliza de seriedad de la oferta: su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta: a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.008-4 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | N.A.<br>Observación:                                                                                                                                                         | N.A.<br>Observación:      | N.A.<br>Observación:                                                                                                                                                         | N.A.<br>Observación:                                                                                                                                                         | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
| OBSERVACIONES:                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                      |                      |
| EVALUADORES                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                      |                      |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional Universitario/ Dirección de Contratación                                                                                             |                           |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                      |                      |

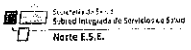
|                                                                                   |                                                                                   |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                                                   | CODIGO : AP-CT-F-07-03 |
|                                                                                   |                                                                                   | VERSION : 3            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PAGINA : 1 DE 3        |
|                                                                                   |                                                                                   | FECHA : 11/10/2017     |

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|                           |                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Proceso No.</b>        | 158-2018                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Modalidad</b>          | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)                                                                                                                                                          |
|                           | A. <input checked="" type="checkbox"/> <b>Evento Especial</b> B. <input type="checkbox"/> Evento Especial      C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública      D. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos |
| <b>Objeto a contratar</b> | 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**

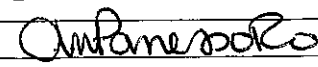
| CRITERIO                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                         | CÓMO EVALUAR                                       | EVALUACIÓN                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    | Proponente 1                                                                                                                                                         | Proponente 2                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Proponente 3                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    | PROASEPSIS                                                                                                                                                           | SUPLESALUD IPS SAS                                                                                                                                                                                                                                                                            | INNOVACIONES MEDICAS LTDA                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    | No. NIT: 860.534.045-3                                                                                                                                               | No. NIT: 805029546                                                                                                                                                                                                                                                                            | No. NIT: 830504243                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                     | (NA)                                               |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>3. TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | CERTIFICACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA- CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA CCBPM-CONCEPTO TECNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS) | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO<br>CCAA CON VENCIMIENTO 23/09/2020                                                                                                                        | HABILITADO<br>CCAA CON VENCIMIENTO 11/10/2022                                                                                                                                                                                                                                                 | HABILITADO<br>CCAA CON VENCIMIENTO 17/10/2021                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                       | INSCRIPCION AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                                 | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO<br>SE ENCUENTRA INSCRITO EN LA RED DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                     | HABILITADO<br>SE ENCUENTRA INSCRITO EN LA RED DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                                                              | HABILITADO<br>SE ENCUENTRA INSCRITO EN LA RED DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                       | NOMBRE Y CONTACTO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                   | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO<br>ALIRIO ORLANDO ORTIZ                                                                                                                                   | HABILITADO<br>SADY MARCELA LOPEZ OCAMPO                                                                                                                                                                                                                                                       | HABILITADO<br>CAROL KATHERINE PRIETO PERILLA                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                       | REVISION DE DOCUMENTOS TECNICOS<br>REGISTROS INVIMA                                                                                                                                                                                                 | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO<br>REGISTRO INVIMA 2017DM-0016972 vigente hasta 2027/03/06 ampers APOSITOS Y ACCESORIOS PARA TERAPIA DE HERIDAS POR PRESION NEGATIVA<br>Ver anexo detalle | HABILITADO<br>REGISTRO INVIMA 2012DM-008650 vigente hasta 19/04/2022 ampers FOAM DRESSNG SET SMALL , MEDIUM , LARGE , XL<br>REGISTRO INVIMA 2010DM-0005481 vigente hasta 08/04/2020 ampers SISTEMA DE TERAPIA ELECTRICA DE BOMBA CON PRESION NEGATIVA PARA HERIDAS SIMEX<br>Ver anexo detalle | HABILITADO<br>REGISTRO INVIMA 2011DM-0007065 vigente hasta 23/03/2020 ampers APOSITOS DE ESPUMA PEQUEÑO, MEDIANO, LARGO Y EXTRA LARGO<br>REGISTRO INVIMA 2010DM-0006229 vigente hasta 19/09/2020 Ampers SISTEMA DE TERAPIA POR PRESION NEGATIVA RENASYS<br>Ver anexo detalle |
|                                                                                                                                                                       | APOYO TECNOLÓGICO DE BOMBA DE PRESION NEGATIVA<br>ASISTENCIA PROFESIONAL PARA EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                                                                                                                          | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO                                                                                                                                                           | HABILITADO                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HABILITADO                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                     | GLORIA ANDREA PANESSO                                                                                                                                                                                                                               | PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION ADMINISTRATIVA |  2018/10/08                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                  |                                                                                  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                                                  | CODIGO : AP-CT-F-07-03 |
|                                                                                  |                                                                                  | VERSION : 3            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PAGINA : 1 DE 3        |
|                                                                                  |                                                                                  | FECHA : 11/10/2017     |

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Proceso No.</b>        | 158-2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Modalidad</b>          | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>A. <input checked="" type="checkbox"/> X</span> <span>B. <input type="checkbox"/> Evento Especial</span> <span>C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública</span> <span>D. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos</span> </div> |
| <b>Objeto a contratar</b> | Suministro Integral de Terapia de Presion Negativa para las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E                                                                                                                                                                                                                                      |

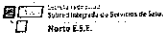
**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                         | CÓMO EVALUAR               | EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                     |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                            | Proponente 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Proponente 2                                                                                        | Proponente 3 |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                            | KCI COLOMBIA SAS<br><br>No. NIT: 900.894.722-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                     |              |
| <b>FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                     | (NA)                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     |              |
| <b>3. TÉCNICOS</b><br>(Traslado a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación 6 en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | CERTIFICACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA- CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO EN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA COBPM-CONCEPTO TECNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS) | HABILITADO O NO HABILITADO | HABILITADO<br><br>CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO (CCAA) DISPOSITIVOS MEDICOS VIGENTE HASTA 03/05/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     |              |
|                                                                                                                                                                       | INSCRIPCION AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                                 | HABILITADO O NO HABILITADO | HABILITADO<br><br>SE ENCUENTRA INSCRITO EN LA RED DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |              |
|                                                                                                                                                                       | NOMBRE Y CONTACTO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                                                                                                   | HABILITADO O NO HABILITADO | HABILITADO<br><br>OLGA PATRICIA GARCIA ROJAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                     |              |
|                                                                                                                                                                       | REVISION DE DOCUMENTOS TECNICOS<br>REGISTROS INVIMA                                                                                                                                                                                                 | HABILITADO O NO HABILITADO | HABILITADO<br>REGISTRO INVIMA 2016DM-0015455 vigente hasta 09/11/2026<br>ampara SISTEMA DE TERAPIA DE HERIDA POR PRESIÓN NEGATIVA V.A.C. ULTA<br>REGISTRO INVIMA 2016DM-0015088 vigente hasta 18/08/2026<br>Ampara Apositos GRANUFOAM VAC, GRANUFOAM VAC CON PLATA<br>REGISTRO INVIMA: 2017DM-0016019 APOSITO ABDOMIEN ABIERTO ABTHERA<br>REGISTRO INVIMA 2016DM-0015171 Vigente hasta 08/09/2026<br>ampara Canister<br>REGISTRO INVIMA 2016DM-0015455 vigente hasta el 28/12/2026<br>ampara APOSITOS DE ALCOHOL POLIVINILICO WHITE FOAM<br><br>Ver anexo detalle |                                                                                                     |              |
|                                                                                                                                                                       | APOYO TECNOLÓGICO DE BOMBA DE PRESION NEGATIVA<br>ASISTENCIA PROFESIONAL PARA EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                                                                                                                          | HABILITADO O NO HABILITADO | HABILITADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                     |              |
| <b>MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     |              |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     |              |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     |              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     | GLORIA ANDREA PANESSO      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <br>2018/10/08 |              |

|      |                                                                                                     |    |        |           | OFERENTE 1<br>PROASEPSIS                                                                                                          | OFERENTE 2<br>SUPLESALUD IPS SAS                | OFERENTE 3<br>INNOVACIONES MEDICAS                                                                                                | OFERENTE 4<br>KCI           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1    | <b>Dispositivo (Bomba) generadora de presion negativa que permita flujo intermitente o continuo</b> |    |        |           | Tecnologia WOUNDPRO®                                                                                                              | BOMBA CON PRESION NEGATIVA PARA HERIDAS SIMEX ® | SISTEMA DE PRESION NEGATIVA RENASYS®                                                                                              | SISTEMA DE PRESION VACULTA® |
| 2    | <b>TERAPIA INTEGRAL CON</b><br><b>Apositos o kit en espuma de diferentes tamaños</b>                |    |        |           |                                                                                                                                   |                                                 |                                                                                                                                   |                             |
| 2.1  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA                                         | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.2  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA                                        | 20 | UNIDAD | A DEMANDA | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.3  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA                                         | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.4  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA                                       | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.5  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA                      | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.6  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA                     | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.7  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA                      | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.8  | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA                    | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                      |
| 2.9  | APOSITO ABDOMINALSENCILLO ESPUMA                                                                    | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.10 | APOSITO ABDOMINALFENESTRADO EXTRAGRANDE                                                             | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                      |
| 2.11 | CANISTER 1000CC                                                                                     | 20 | UNIDAD | A DEMANDA | CUMPLE, el canister es de menor capacidad lo que implica un mayor numero de cambios se estima un incremento en el consumo del 25% | CUMPLE                                          | CUMPLE, el canister es de menor capacidad lo que implica un mayor numero de cambios se estima un incremento en el consumo del 25% | CUMPLE                      |
| 2.12 | TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y                                                                          | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO. No hace parte integral de la propuesta allegada a folios 65 y 66                                                     | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 2.13 | ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                   |    |        |           | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                                          | CUMPLE                                                                                                                            | CUMPLE                      |
| 3    | <b>TERAPIA INTEGRAL CON</b><br><b>Aposito de Gasa de diferentes tamaños</b>                         |    |        |           |                                                                                                                                   |                                                 |                                                                                                                                   |                             |
| 3.1  | APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL)                                                                     | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.2  | APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM)                                                                    | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.3  | APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE)                                                                     | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.4  | APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE)                                                                   | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.5  | APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA                                                  | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.6  | APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA                                                 | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.7  | APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA                                                  | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.8  | APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE) CON IONES DE PLATA                                                | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.9  | APOSITO ABDOMINALSENCILLO GASA                                                                      | 5  | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | NO OFERTADO                 |
| 3.10 | CANISTER 1000CC                                                                                     | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                      |
| 3.11 | TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y                                                                          | 10 | UNIDAD | A DEMANDA | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                                          | NO OFERTADO                                                                                                                       | CUMPLE                      |
| 3.12 | ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                   |    |        |           |                                                                                                                                   | CUMPLE                                          |                                                                                                                                   | CUMPLE                      |

*Autamur*

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |        | OFERENTE 1<br>PROASEPSIS | OFERENTE 2<br>SUPLESALUD IPS SAS | OFERENTE 3<br>INNOVACIONES MEDICAS | OFERENTE 4<br>KCI                                                                                                                   |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4                                                                                    | TERAPIA INTEGRAL CON<br>Aposito para heridas abdominales y vicerias expuestas                                                                                                                                                                                                 |    |        |                          |                                  |                                    |                                                                                                                                     |        |
| 4.1                                                                                  | SISTEMA ABDOMINAL CON DOBLE CAPA SILICONADA DE PROTECCION VISERAL FENESTRADA Y ESPONJA ENCAPSULADA EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA                    | 10 | UNIDAD | A DEMANDA                | NO OFERTADO                      | NO OFERTADO                        | NO CUMPLE, POR CONCEPTO DE CIRUGIA NO TIENE RECUBRIMIENTO PARA ASAS Y NO TIENE EXTENCI<br>HACIA LOS ESPACIOS SUBFRENICOS Y PELVICOS | CUMPLE |
| 4.2                                                                                  | APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA S (SMALL) HUMEDDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR                                                            | 3  | UNIDAD | A DEMANDA                | NO OFERTADO                      | NO OFERTADO                        | NO OFERTADO                                                                                                                         | CUMPLE |
| 4.3                                                                                  | APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA L (LARGE) HUMEDDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA | 3  | UNIDAD | A DEMANDA                | NO OFERTADO                      | NO OFERTADO                        | NO CUMPLE, SE REvisa CON CIRUGIA Y EL APOSITO OFERTADO ES PARA LA CURACION DE HERIDAS NO EN ABDOMEN NI VISCERAS EXPUESTAS           | CUMPLE |
| 4.4                                                                                  | APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO S (SMALL) HUMEDDECIDO CON AGUA ESTERIL                                                                                                                                                       | 2  | UNIDAD | A DEMANDA                | NO OFERTADO                      | NO OFERTADO                        | NO OFERTADO                                                                                                                         | CUMPLE |
| 4.5                                                                                  | APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO L (LARGE) HUMEDDECIDO CON AGUA ESTERIL                                                                                                                                                       | 2  | UNIDAD | A DEMANDA                | NO OFERTADO                      | NO OFERTADO                        | NO CUMPLE, SE REvisa CON CIRUGIA Y EL APOSITO OFERTADO ES PARA LA CURACION DE HERIDAS NO EN ABDOMEN NI VISCERAS EXPUESTAS           | CUMPLE |
| 4.6                                                                                  | CANISTER 1000CC                                                                                                                                                                                                                                                               | 20 | UNIDAD | A DEMANDA                | NO OFERTADO                      | NO OFERTADO                        | CUMPLE, el canister es de menor capacidad lo que implica un mayor numero de cambios se estima un incremento en el consumo del 25%   | CUMPLE |
| 4.7                                                                                  | ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                                                                                                                                                                                             |    |        |                          |                                  |                                    | CUMPLE                                                                                                                              | CUMPLE |
| GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ- Profesional Especializado- Direccion Administrativa |                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |        |                          |                                  |                                    |                                                                                                                                     |        |
| 2018/10/08                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |        |                          |                                  |                                    |                                                                                                                                     |        |

|                                                                                   |                                                     |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                     | CODIGO : AP-CI-F-07-03 |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | VERSION : 3            |
|                                                                                   | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                          | PAGINA : 1 DE 3        |
|                                                                                   |                                                     | FECHA : 11/10/2017     |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b> |
|--------------------------------|

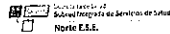
|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| Proceso No. | INVITACIÓN A COTIZAR No. 159-2018 |
|-------------|-----------------------------------|

|           |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalidad | <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar            B. <input type="checkbox"/> Evento Especial            C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública            D. <input checked="" type="checkbox"/> Otros mecanismos |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b> |
|-------------------------------------|

| CRITERIO                                     | DESCRIPCIÓN                                                                         | CÓMO EVALUAR | EVALUACIÓN             |                  |            |                      |                        |                  |           |                      |                            |                  |           |                      |                        |                  |           |                      |               |  |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------|------------|----------------------|------------------------|------------------|-----------|----------------------|----------------------------|------------------|-----------|----------------------|------------------------|------------------|-----------|----------------------|---------------|--|
|                                              |                                                                                     |              | Proponente 1           |                  |            |                      | Proponente 2           |                  |           |                      | Proponente 3               |                  |           |                      | Proponente 4           |                  |           |                      |               |  |
|                                              |                                                                                     |              | KCI COLOMBIA SAS       |                  |            |                      | SUPLESALUD IPS SAS     |                  |           |                      | INNOVACIONES MEDICAS LIDA. |                  |           |                      | PROASEPSIS SAS.        |                  |           |                      |               |  |
|                                              |                                                                                     |              | No. NIT: 900.694.722-1 |                  |            |                      | No. NIT: 805.029.546-6 |                  |           |                      | No. NIT: 830.504.243-8     |                  |           |                      | No. NIT: 860.534.045-3 |                  |           |                      |               |  |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |                                                                                     | (NA)         |                        | 01/10/2018 13:13 |            |                      |                        | 01/10/2018 14:01 |           |                      |                            | 01/10/2018 14:29 |           |                      |                        | 01/10/2018 14:35 |           |                      |               |  |
| Item                                         | Nombre / Descripción                                                                | Cantidad     | Unidad Medida          | Valor Unitario   | IVA        | Valor Total Unitario | Valor Total            | Valor Unitario   | IVA       | Valor Total Unitario | Valor Total                | Valor Unitario   | IVA       | Valor Total Unitario | Valor Total            | Valor Unitario   | IVA       | Valor Total Unitario | Valor Total   |  |
| 1                                            | Dispositivo (Bomba) generadora de presión negativa que permita flujo intermitente o | A DEMANDA    | UNIDAD                 | \$ -             | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ -             | \$ -      | \$ -                 | \$ -                       | \$ -             | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   | \$ -             | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2                                            | TERAPIA INTEGRAL CON Apositos o kit en espuma de diferentes tamaños                 |              |                        |                  |            |                      | \$ 65.068.050          |                  |           |                      | \$ 46.318.400              |                  |           |                      | \$ 42.002.760          |                  |           |                      | \$ 14.163.200 |  |
| 2.1                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA                         | 10           | UNIDAD                 | \$ 220.511       | \$ -       | \$ 220.511           | \$ 2.205.112           | \$ 212.300       | \$ -      | \$ 212.300           | \$ 2.123.000               | \$ 199.856       | \$ -      | \$ 199.856           | \$ 1.998.560           | \$ 170.000       | \$ -      | \$ 170.000           | \$ 1.700.000  |  |
| 2.2                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA                        | 20           | UNIDAD                 | \$ 238.152       | \$ -       | \$ 238.152           | \$ 4.763.042           | \$ 247.400       | \$ -      | \$ 247.400           | \$ 4.948.000               | \$ 226.100       | \$ -      | \$ 226.100           | \$ 4.522.000           | \$ 200.000       | \$ -      | \$ 200.000           | \$ 4.000.000  |  |
| 2.3                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA                         | 10           | UNIDAD                 | \$ 250.060       | \$ 87.660  | \$ 337.720           | \$ 3.377.203           | \$ 318.500       | \$ -      | \$ 318.500           | \$ 3.185.000               | \$ 237.500       | \$ -      | \$ 237.600           | \$ 2.375.000           | \$ 257.000       | \$ -      | \$ 257.000           | \$ 2.570.000  |  |
| 2.4                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA                       | 10           | UNIDAD                 | \$ 1.025.752     | \$ -       | \$ 1.025.752         | \$ 10.257.520          | \$ 247.400       | \$ -      | \$ 247.400           | \$ 2.474.000               | \$ 931.095       | \$ -      | \$ 931.095           | \$ 9.310.950           |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.5                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA S (SMALL) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA      | 5            | UNIDAD                 | \$ 370.188       | \$ -       | \$ 370.188           | \$ 1.850.940           | \$ 265.400       | \$ -      | \$ 265.400           | \$ 1.327.000               | \$ 332.500       | \$ -      | \$ 332.500           | \$ 1.662.500           |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.6                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA M (MEDIUM) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA     | 5            | UNIDAD                 | \$ 563.836       | \$ -       | \$ 563.836           | \$ 2.819.180           | \$ 310.400       | \$ -      | \$ 310.400           | \$ 1.552.000               | \$ 427.500       | \$ -      | \$ 427.500           | \$ 2.137.500           |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.7                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA L (LARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA      | 5            | UNIDAD                 | \$ 855.800       | \$ -       | \$ 855.800           | \$ 4.279.000           | \$ 398.600       | \$ -      | \$ 398.600           | \$ 1.993.000               | \$ 550.000       | \$ -      | \$ 550.000           | \$ 2.750.000           |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.8                                          | APOSITO O ESPUMA EN POLIURETANO TALLA XL (XLARGE) CON TUBERIA CON IONES DE PLATA    | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 779.300       | \$ -      | \$ 779.300           | \$ 3.896.500               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.9                                          | APOSITO ABDOMINAL SENCILLO ESPUMA                                                   | 5            | UNIDAD                 | \$ 1.336.135     | \$ -       | \$ 1.336.135         | \$ 6.680.674           | \$ 779.300       | \$ -      | \$ 779.300           | \$ 3.896.500               | \$ 980.000       | \$ -      | \$ 980.000           | \$ 4.900.000           |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.10                                         | APOSITO ABDOMINAL FENESTRADO                                                        | 10           | UNIDAD                 | \$ 1.336.135     | \$ -       | \$ 1.336.135         | \$ 13.361.348          | \$ 1.121.300     | \$ -      | \$ 1.121.300         | \$ 11.213.000              |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 2.11                                         | CANISTER 1000CC                                                                     | 20           | UNIDAD                 | \$ 626.340       | \$ 119.005 | \$ 745.345           | \$ 14.906.900          | \$ 300.500       | \$ 57.095 | \$ 357.595           | \$ 7.151.900               | \$ 490.000       | \$ 93.100 | \$ 583.100           | \$ 11.662.000          | \$ 214.000       | \$ 40.660 | \$ 254.660           | \$ 5.093.200  |  |
| 2.12                                         | TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y                                                          | 10           | UNIDAD                 | \$ 47.658        | \$ 9.055   | \$ 56.713            | \$ 567.130             | \$ 215.000       | \$ 40.850 | \$ 255.850           | \$ 2.558.500               | \$ 57.500        | \$ 10.925 | \$ 68.425            | \$ 684.250             | \$ 80.000        | \$ -      | \$ 80.000            | \$ 800.000    |  |
| 2.13                                         | ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                   |              |                        |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                       |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3                                            | TERAPIA INTEGRAL CON Aposito de Gasa de diferentes tamaños                          |              |                        |                  |            |                      | \$ 8.020.580           |                  |           |                      | \$ 26.789.720              |                  |           |                      | \$ -                   |                  |           |                      | \$ -          |  |
| 3.1                                          | APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL)                                                     | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 212.300       | \$ -      | \$ 212.300           | \$ 1.061.500               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3.2                                          | APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM)                                                    | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 247.400       | \$ -      | \$ 247.400           | \$ 1.237.000               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3.3                                          | APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE)                                                     | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 318.500       | \$ -      | \$ 318.500           | \$ 1.592.500               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3.4                                          | APOSITO EN GASA TALLA XL (XLARGE)                                                   | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 649.700       | \$ -      | \$ 649.700           | \$ 3.248.500               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3.5                                          | APOSITO EN GASA TALLA S (SMALL) CON IONES DE PLATA                                  | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 265.400       | \$ -      | \$ 265.400           | \$ 1.327.000               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3.6                                          | APOSITO EN GASA TALLA M (MEDIUM) CON IONES DE PLATA                                 | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 310.400       | \$ -      | \$ 310.400           | \$ 1.552.000               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |
| 3.7                                          | APOSITO EN GASA TALLA L (LARGE) CON IONES DE PLATA                                  | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -                 | \$ -                   | \$ 398.600       | \$ -      | \$ 398.600           | \$ 1.993.000               |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -                 | \$ -          |  |

|                                                                                   |                                                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                    | CODIGO : AP-CT-F-07-03 |
|                                                                                   |                                                    | VERSION : 3            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | PAGINA : 1 DE 3        |
|                                                                                   | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                         | FECHA : 11/10/2017     |

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| <b>Proceso No.</b> | INVITACIÓN A COTIZAR No. 158-2018 |
|--------------------|-----------------------------------|

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modalidad</b> | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar            B. <input type="checkbox"/> Evento Especial            C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública            D. <input checked="" type="checkbox"/> Otros mecanismos |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |                                                                                                                                |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | 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             |                  |            |              |                        |                  |           |            |                            |                  |      |            |                        |                  |      |      |      |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------|------------|--------------|------------------------|------------------|-----------|------------|----------------------------|------------------|------|------------|------------------------|------------------|------|------|------|
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | Proponente 1           |                  |            |              | Proponente 2           |                  |           |            | Proponente 3               |                  |      |            | Proponente 4           |                  |      |      |      |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | KCI COLOMBIA SAS       |                  |            |              | SUPLESALUD IPS SAS     |                  |           |            | INNOVACIONES MEDICAS LTDA. |                  |      |            | PROASEPSIS SAS.        |                  |      |      |      |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | No. NIT: 900.894.722-1 |                  |            |              | No. NIT: 805.029.546-6 |                  |           |            | No. NIT: 830.504.243-8     |                  |      |            | No. NIT: 860.534.045-3 |                  |      |      |      |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |                                                                                                                                                                                                                                                                              | {NA}         |                        | 01/10/2018 13:13 |            |              |                        | 01/10/2018 14:01 |           |            |                            | 01/10/2018 14:29 |      |            |                        | 01/10/2018 14:35 |      |      |      |
| 3.8                                          | APOSITO EN GASA TALLA XL (LARGE) CON JONES DE PLATA                                                                                                                                                                                                                          | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -         | \$ -                   | \$ 779.300       | \$ -      | \$ 779.300 | \$ 3.896.500               |                  | \$ - | \$ -       | \$ -                   |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 3.9                                          | APOSITO ABDOMINAL SENCILLO GASA                                                                                                                                                                                                                                              | 5            | UNIDAD                 |                  | \$ -       | \$ -         | \$ -                   | \$ 949.454       | \$ -      | \$ 949.454 | \$ 4.747.270               |                  | \$ - | \$ -       | \$ -                   |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 3.10                                         | CANISTER 1000CC                                                                                                                                                                                                                                                              | 10           | UNIDAD                 | \$ 626.340       | \$ 119.005 | \$ 745.345   | \$ 7.453.450           | \$ 300.500       | \$ 57.095 | \$ 357.595 | \$ 3.575.950               |                  | \$ - | \$ -       | \$ -                   |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 3.11                                         | TUBERIA PARA CONEXIÓN EN Y                                                                                                                                                                                                                                                   | 10           | UNIDAD                 | \$ 47.658        | \$ 9.055   | \$ 56.713    | \$ 567.130             | \$ 215.000       | \$ 40.850 | \$ 255.850 | \$ 2.558.500               |                  | \$ - | \$ -       | \$ -                   |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 3.12                                         | ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                                                                                                                                                                                            |              |                        |                  | \$ -       | \$ -         | \$ -                   |                  | \$ -      | \$ -       | \$ -                       |                  | \$ - | \$ -       | \$ -                   |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 4                                            | TERAPIA INTEGRAL CON Aposito para heridas abdominales y víceras expuestas                                                                                                                                                                                                    |              |                        |                  |            |              | \$ 31.286.536          |                  |           | \$ -       |                            | \$ 22.317.000    |      |            |                        |                  |      |      | \$ - |
| 4.1                                          | SISTEMA ABDOMINAL CON DOBLE CAPA SILICONADA DE PROTECCION VISERAL FENESTRADA Y ESPONJA ENCAPSULADA EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA                   | 10           | UNIDAD                 | \$ 1.336.135     | \$ -       | \$ 1.336.135 | \$ 13.361.348          |                  | \$ -      | \$ -       | \$ -                       | \$ 980.000       | \$ - | \$ 980.000 | \$ 9.800.000           |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 4.2                                          | APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA S (SMALL) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA | 3            | UNIDAD                 | \$ 370.188       | \$ -       | \$ 370.188   | \$ 1.110.564           |                  | \$ -      | \$ -       | \$ -                       |                  | \$ - | \$ -       | \$ -                   |                  | \$ - | \$ - | \$ - |
| 4.3                                          | APOSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD E 60 A 270 MICRONES TALLA L (LARGE) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL EN KIT CON TUBERIA MULTILUMEN DE 5 CANALES Y TECNOLOGIA QUE PERMITE ADMINISTRAR Y MONITOREAR CONTINUAMENTE LA PRESION NEGATIVA EN EL LECHO DE LA HERIDA | 3            | UNIDAD                 | \$ 429.156       | \$ -       | \$ 429.156   | \$ 1.287.468           |                  | \$ -      | \$ -       | \$ -                       | \$ 171.000       | \$ - | \$ 171.000 | \$ 513.000             |                  | \$ - | \$ - | \$ - |

|  |                                                    |                        |
|--|----------------------------------------------------|------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                    | CODIGO : AP-CT-F-07-03 |
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | VERSION : 3            |
|  | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                         | PAGINA : 1 DE 3        |
|  |                                                    | FECHA : 11/10/2017     |

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| Proceso No. | INVITACIÓN A COTIZAR No. 158-2018 |
|-------------|-----------------------------------|

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalidad | (Marque con una x, dependiendo la modalidad de selección) <input checked="" type="checkbox"/> A. Invitación a Cotizar B. <input type="checkbox"/> Evento Especial C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública D. <input checked="" type="checkbox"/> Otros mecanismos |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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             |                        |                            |                        |
|----------------------------------------------|-------------|--------------|------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
|                                              |             |              | Proponente 1           | Proponente 2           | Proponente 3               | Proponente 4           |
|                                              |             |              | KCI COLOMBIA SAS       | SUPLESALUD IPS SAS     | INNOVACIONES MEDICAS LTDA. | PROASEPSIS SAS.        |
|                                              |             |              | No. NIT: 900.894.722-1 | No. NIT: 805.029.546-6 | No. NIT: 830.504.243-8     | No. NIT: 860.534.045-3 |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |             | (NA)         | 01/10/2018 13:13       | 01/10/2018 14:01       | 01/10/2018 14:29           | 01/10/2018 14:35       |

|     |                                                                                                                       |    |        |            |            |            |               |      |      |      |            |           |            |               |      |      |      |      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|------------|------------|------------|---------------|------|------|------|------------|-----------|------------|---------------|------|------|------|------|
| 4.4 | APÓSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO S(SMALL) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL | 2  | UNIDAD | \$ 126.308 | \$ -       | \$ 126.308 | \$ 252.616    | \$ - | \$ - | \$ - | \$ -       | \$ -      | \$ -       | \$ -          | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| 4.5 | APÓSITO DE ALCOHOL POLIVINILICO BLANCO CON POROSIDAD DE 60 A 270 MICRONES TAMAÑO L(LARGE) HUMEDECIDO CON AGUA ESTERIL | 2  | UNIDAD | \$ 183.820 | \$ -       | \$ 183.820 | \$ 367.640    | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 171.000 | \$ -      | \$ 171.000 | \$ 342.000    | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| 4.6 | CANISTER 1000CC                                                                                                       | 20 | UNIDAD | \$ 626.340 | \$ 119.005 | \$ 745.345 | \$ 14.906.900 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ 490.000 | \$ 93.100 | \$ 583.100 | \$ 11.662.000 | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| 4.7 | ASISTENCIA PROFESIONAL PERMANENTE EN EL SEGUIMIENTO DE LA TERAPIA                                                     |    |        |            | \$ -       | \$ -       | \$ -          | \$ - | \$ - | \$ - |            | \$ -      | \$ -       | \$ -          | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |

|               |                                                   |    |                  |  |  |  |    |                  |  |  |  |    |                  |  |  |  |    |                  |  |  |  |
|---------------|---------------------------------------------------|----|------------------|--|--|--|----|------------------|--|--|--|----|------------------|--|--|--|----|------------------|--|--|--|
| 4. ECONÓMICOS | VALOR DE LA PROPUESTA                             | \$ | 104.375.165      |  |  |  | \$ | 73.108.120       |  |  |  | \$ | 64.319.760       |  |  |  | \$ | 14.163.200       |  |  |  |
|               | MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS |    | Puntaje Asignado |  |  |  |    | Puntaje Asignado |  |  |  |    | Puntaje Asignado |  |  |  |    | Puntaje Asignado |  |  |  |
|               |                                                   |    | N/A              |  |  |  |    | N/A              |  |  |  |    | N/A              |  |  |  |    | N/A              |  |  |  |

OBSERVACIONES: LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA ESTA INVITACIÓN A COTIZAR ES LA No. 2004 POR VALOR DE \$ 120.000.000. SE EVALÚA ECONÓMICAMENTE A LOS PROPONENTES HABILITADOS JURÍDICA Y TÉCNICAMENTE. PARA EL GRUPO 2 TERAPIA INTEGRAL CON Apositos o kit en espuma de diferentes tamaños, SOLO EL PROPONENTE SUPLESALUD IPS SAS OFERTA LA TOTALIDAD DE LOS INSUMOS PARA ESTE GRUPO. PARA EL GRUPO 3 TERAPIA INTEGRAL CON Aposito de Gasa de diferentes tamaños, SOLO EL PROPONENTE SUPLESALUD IPS SAS OFERTA LA TOTALIDAD DE LOS INSUMOS PARA ESTE GRUPO. PARA EL GRUPO 4 TERAPIA INTEGRAL CON Aposito para heridas abdominales y vicerias expuestas, SOLO EL PROPONENTE KCI COLOMBIA SAS OFERTA LA TOTALIDAD DE LOS INSUMOS PARA ESTE GRUPO. EL CANISTER OFERTADO POR LOS PROPONENTES INNOVACIONES MEDICAS LTDA. Y PROASEPSIS SAS. ES DE 800CC

|                                                                        |                                                                                                     |     |  |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR TODOS LOS CRITERIOS TÉCNICOS Y ECONÓMICOS | Escriba la $\Sigma$ de la totalidad de los puntajes a asignar por la evaluación técnica y económica | N/A |  |  |  | N/A |  |  |  | N/A |  |  |  | N/A |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|

**EVALUADORES**

|                                                     |                              |                                                 |  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico: | ANDRES MAURICIO MOJICA ALAVA | PROFESIONAL DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS |  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|--|