

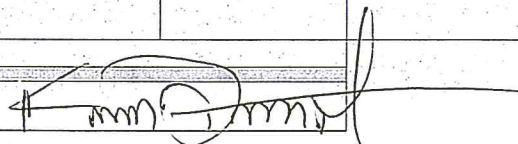
INFORMACIÓN DEL PROCESO						
Proceso No.	INVITACION A COTIZAR No. 019-2019 S.NTE					
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de se A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Otros mecanismos					
Objeto a contratar	SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS 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
			AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	LABORATORIOS BAXTER S.A.	FARMAPOS LTDA	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA, propietario del establecimiento de comercio DROGAS BOYACA
			NIT: 800250382-2	NIT: 890300292-0	NIT: 830134902-5	NIT: 17068260-3
FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		(NA)				
1. HABILITANTES JURÍDICOS	1) a) Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred) b) 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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. 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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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 Observación:	Observación:	Observación:	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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN			
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	Proponente 4
			AMAREY NOVA MEDICAL S.A. NIT: 800250382-2	LABORATORIOS BAXTER S.A. NIT: 890300292-0	FARMAPOS LTDA NIT: 830134902-5	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA, propietario del establecimiento de comercio DROGAS BOYACA NIT: 17068260-3
	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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	12. certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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. 900.971.006-4	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador: YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional de Apoyo Administrativo/ Dirección de Contratación



EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

CODIGO : AP-CT-F-07-03

VERSION : 3

PAGINA : 1 DE 3

FECHA : 11/10/2017

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No. 019-2019

Modalidad: (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Colizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos

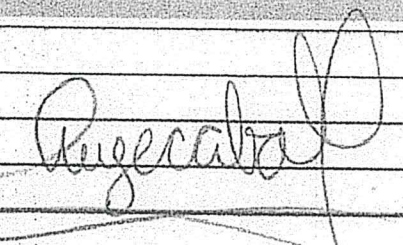
Objeto a contratar: SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

INFORMACION DE LA EVALUACION						
CRITERIO	DESCRIPCION	COMO EVALUAR	EVALUACION			
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	Proponente 4
			RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	LABORATORIOS BAXTER SA	FARMAFOS LTDA	AMAREY NOVAMEDICAL SA
			No. NIT: 17068260-3	No. NIT: 893300292-0	No. NIT: 830734902-0	No. NIT: 800250382-2
FECHA Y HORA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA		(NA)				
3. TÉCNICOS (Tratando a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones de acuerdo al proceso adelantado)	FICHA TECNICA REGISTRO SANITARIO INVIMA VIGENTE	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
OBSERVACIONES:						

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	Angela María Cebal Pérez	Gestor Nutrición	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT

INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR No.019-2019

OBJETO: SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONALES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACION DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

1. VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT

DOCUMENTACION REQUERIDA	1.AMAREY NOVA MEDICAL S.A. NIT800.250.382-2			2.BAXTER 890.300.292-0 NIT			3.FARMAPOS NIT 830.134.902-5			4.RAFAEL ANTONIO SALAMANCA NIT17.068.260		
	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE
Camara y Comercio	X	X		X	X		X	X		X	X	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía	X	X		X	X		X	X		X	X	
Fotocopia del RUT	X	X		X	X		X	X		X	X	
Manifestacion inhabilidades e incompatibilidades	X	X		X	X		X	X		X	X	
Pago de Parafiscales	X	X		X	X		X	X		X	X	
Responsables Fiscales - Contraloría General de la República	X	X		X	X		X	X		X	X	
Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación	X	X		X	X		X	X		X	X	
Certificado antecedentes Disciplinarios- Personeria de Bogotá	X	X		X	X		X	X		X	X	
Certificado antecedentes Penales- Policia Nacional Colombia	X	X		X	X		X	X		X	X	
Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción	X	X		X	X		X	X		X	X	
Formato Conocimiento del cliente Persona Natural	X	X				X	X	X		X	X	
Formato Conocimiento del cliente Persona Jurídica	X	X		X	X		X	X				X
Oferta de Servicios	X	X		X	X		X	X		X	X	
Información financiera	X	X		X	X		X	X		X	X	
Verificación en lista vinculante de la ONU- CLINTON	X	X		X	X		X	X		X	X	

OBSERVACIONES:

*Se llevo a cabo la verificación de los soportes y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes.

INFORME EVALUACION SARLAFT

Las propuestas presentadas por Los oferentes: 2.BAXTER;4, RAFAEL ANTONIO SALAMANCA, relacionados anteriormente NO CUMPLEN con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT.

Reviso:

Elaboró:


D. CAROLINA CAMELO SANCHEZ
 OFICIAL DE CUMPLIMIENTO
 SARLAFT


ASTRID TERESA RUSSI GUARIN
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO
 SARLAFT

Calle. 66 No.15 - 41
 Tel.: 4431790
 www.subrednorte.gov.co
 Info: Línea 195



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

CODIGO: AP-CT-F-07-03

VERSION: 3

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

PAGINA: 1 DE 3

FECHA: 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.

INVITACIÓN A COTIZAR No 019 - 2019 S.NTE

Modalidad

(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)

☒ B.

Invitación

☐ C.

Evento Especial

☐ Convocatoria Pública

☐ D.

Otros mecanismos

Objeto a contratar

SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO

DESCRIPCIÓN

EVALUACIÓN

Proponente 1

Proponente 2

Proponente 3

FARMAPOS LTDA

AMAREY NOVA MEDICAL S.A

NIT No. 830.134.902-3

NIT No. 800.250.382-0

21/02/2019 16:08

23/02/2019 09:25

FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

CANTIDAD

Item

NOMBRE/DESCRIPCIÓN

UNIDAD DE MEDIDA

VALOR DE LA PROPUESTA

VALOR DE LA PROPUESTA

1

1

FORMULA A BASE DE AMINOACIDOS, AA Y DHA

LATA X 400 GRS

\$62.747

\$

1

2

FORMULA CON PROTEINA DE SOYA PARA LACTANTES DE 0 A 12 MESES

LATA X 400 GRS

\$38.315

\$

1

3

FORMULA CON PROTEINA DE ARROZ HIDROLIZADA PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES

LATA X 400 GRS

\$

\$

1

4

FORMULA CON PROTEINA DE ARROZ HIDROLIZADA DE 6 MESES A 3 AÑOS

LATA X 400 GRS

\$

\$

1

5

FORMULA LIQUIDA PARA LACTANTES DE 0-6 MESES

FRASCO X 59 cc

\$30

\$

1

6

FORMULA LIQUIDA PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES

FRASCO X 8 onzas

\$

\$

1

7

FORMULA CON PROTEINA DE SUERO EXTENSAMENTE HIDROLIZADA 50% TCM

LATA X 400 GRS

\$39.754

\$

1

8

ALIMENTO ESPECIALIZADO CON INMUNOMODULADORES Y ARGININA PARA PACIENTES CON ESTRÉS METABÓLICO 1.3 KCal/ML

LATA X 237 cc

\$11.058

\$66.400

1

9

ALIMENTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERIODO DE LACTANCIA

LATA X 400 GRS

\$35.323

\$

1

10

FORMULA ENTERAL ALTA EN PROTEINAS, BAJA EN CARBOHIDRATOS PARA ENFERMEDAD PULMONAR

TETRAPRISMA X 250 CC

\$9.892

\$

1

11

ALIMENTO LIQUIDO HIPERPROTEICO PARA PACIENTE DIABETICO

TETRAPRISMA X 250 CC

\$6.769

\$8.400

1

12

ALIMENTO LIQUIDO CON PROTEINA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA A BASE DE SUERO, VITAMINAS Y MINERALES.

TETRAPRISMA X 250 CC

\$24.675

\$8.200

1

13

FORMULA ENTERAL OLIGOMERICA BAJA EN GRASA CON INMUNOMODULADORES.

TETRAPRISMA X 250 CC

\$40.747

\$

1

14

ALIMENTO COMPLETO Y BALANCEADO, SUSPENSION ORAL, QUE CONTENGA 250 CALORIAS, GRASA 9 GRS, CHO 34 GRS Y PROTEINAS 9 GRS.

TETRAPRISMA X 250 CC

\$7.301

\$6.300

1

15

NUTRICION PERIFERICA PARA INICIO ADULTO

BOLSA X 1.500 cc

\$255.907

\$

1

16

FORMULA LACTEA TERAPEUTICA PARA TRATAMIENTO FASE 1 DE LA DESNUTRICION EN HOSPITALIZACION

LATA X 400 GRS

\$

\$

1

17

ALIMENTO EN POLVO POLIMERICO, HIPERCALORICO CON VITAMINAS Y MINERALES PARA NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO

LATA X 400 GRS

\$27.075

\$

VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA

\$

\$59.593

OBSERVACIONES:

MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR TODOS LOS CRITERIOS TÉCNICOS Y ECONÓMICOS

N/A

N/A

N/A

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador Criterio Económico:

KAREN BARACALDO VARGAS - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

Nombre, cargo y firma Evaluador Criterio Económico:

LUIS ENRIQUE PÁEZ FALLA - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

Karen Baracaldo
E - 7 - 121