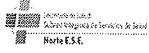


|  | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01                              |                     |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA : 1 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020 |                     |                     |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                    |                     |                     |
| PROCESO No:                                                                       | 113-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                    |                     |                     |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                            | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                                    |                     |                     |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                                    |                     |                     |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                    |                     |                     |
| CRITERIO                                                                          | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN JURÍDICA                                |                     |                     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | Proponente 1                                       | Proponente 2        | Proponente 3        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | JDN MEDICAL IPS SAS<br>NIT: 830.054.059-7          | N/A                 | N/A                 |
| HABILITANTES JURÍDICOS                                                            | 1. Carta de Presentación de la Propuesta (modelo anexo 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<br>Observación:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 2. Fotocopia del 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:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 3. Certificado de existencia y representación legal / Matricula 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<br>Observación:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 4. Autorización para presentar la oferta y comprometer a personas jurídicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 5. Documento de conformación de consorcio o Unión Temporal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 3. N/A<br>Observación:                             | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 6. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo 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<br>Observación:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 7. PÓLIZA SERIEDAD DE LA OFERTA Para garantizar la seriedad de la oferta el proponente deberá constituir a favor de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con NIT 900.971.006-4, una póliza de seguros o patrimonio autónomo o garantía bancaria, expedida por una entidad debidamente constituida y autorizada para funcionar en Colombia por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor de la oferta presentada. La Vigencia de la Garantía será de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de Presentación de ofertas y/o cierre del presente proceso de selección. En el caso de consorcios, uniones temporales, en la garantía de seriedad deberá precisarse que el afianzado es el consorcio o la unión temporal o sociedad y deberá relacionar claramente los integrantes, su identificación y porcentaje de participación, quienes para todos los efectos serán los otorgantes de la misma. Esta garantía aplica para las ofertas cuya cuantía sea igual o superior a 150 SMMLV. | 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:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |
|                                                                                   | 8. Fotocopia del Registro Unico 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<br>Observación:                          | N/A<br>Observación: | N/A<br>Observación: |

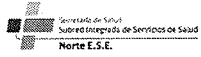
|                                                                                   |  |                                                            |  |  |                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------|--|
|  |  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b>                   |  |  | <b>CÓDIGO: AP-CT-F-62-01</b> |  |
|                                                                                   |  | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b> |  |  | <b>VERSIÓN: 1</b>            |  |
|                                                                                   |  | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>                          |  |  | <b>PÁGINA : 2 DE 2</b>       |  |
|                                                                                   |  |                                                            |  |  | <b>FECHA: 22/05/2020</b>     |  |

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                                        |                                  |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>HABILITANTES JURÍDICOS</b>                                                                                                               | <b>9. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT</b>                                                                          | 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"/> | <input type="text" value="N/A"/> | <input type="text" value="N/A"/> |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | Observación:                           | Observación:                     | Observación:                     |
|                                                                                                                                             | <b>10. Compromiso anticorrupción (modelo anexo entregado por la Subred)</b>                                                                       | 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"/> | <input type="text" value="N/A"/> | <input type="text" value="N/A"/> |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | Observación:                           | Observación:                     | Observación:                     |
|                                                                                                                                             | <b>11. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b> | 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"/> | <input type="text" value="N/A"/> | <input type="text" value="N/A"/> |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | Observación:                           | Observación:                     | Observación:                     |
|                                                                                                                                             | <b>12. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>  | 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"/> | <input type="text" value="N/A"/> | <input type="text" value="N/A"/> |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | Observación:                           | Observación:                     | Observación:                     |
| <b>13. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                        | 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"/>                                                                                  | <input type="text" value="N/A"/>       | <input type="text" value="N/A"/> |                                  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   | Observación:                                                                                                            | Observación:                           | Observación:                     |                                  |
| <b>14. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                                    | 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"/>                                                                                  | <input type="text" value="N/A"/>       | <input type="text" value="N/A"/> |                                  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   | Observación:                                                                                                            | Observación:                           | Observación:                     |                                  |
| <b>15. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.</b> | 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"/>                                                                                  | <input type="text" value="N/A"/>       | <input type="text" value="N/A"/> |                                  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   | Observación:                                                                                                            | Observación:                           | Observación:                     |                                  |
| <b>16. Certificación bancaria</b>                                                                                                           | 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"/>                                                                                  | <input type="text" value="N/A"/>       | <input type="text" value="N/A"/> |                                  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   | Observación:                                                                                                            | Observación:                           | Observación:                     |                                  |

|                                                    |  |  |                                                                  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>OBSERVACIONES:</b>                              |  |  |                                                                  |  |  |
| <br>                                               |  |  |                                                                  |  |  |
| <b>EVALUADORES</b>                                 |  |  |                                                                  |  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico: |  |  | KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCIÓN DE |  |  |

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

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|             |                                  |
|-------------|----------------------------------|
| Proceso No. | INVITACION A COTIZAR No.113 2021 |
|-------------|----------------------------------|

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

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPOENEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E. |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

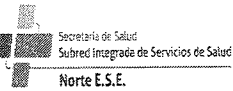
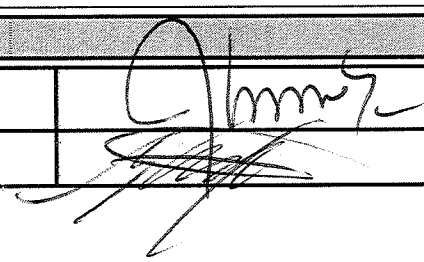
**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                 | DESCRIPCIÓN                                                                        | CÓMO EVALUAR                                                                    | EVALUACIÓN                                               |                                      |                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|                          |                                                                                    |                                                                                 | Proponente 1                                             | Proponente 2                         | Proponente 3                         |
|                          |                                                                                    |                                                                                 | JDN MEDICAL IPS SAS                                      |                                      |                                      |
| HABILITANTES FINANCIEROS | Presentación de la totalidad de documentos solicitados                             | 1. Doc. de Identif. Contador Público<br>2. Tarjeta Profesional Contador Público | Mo. NIT:<br>83C054059-7<br><br>1. CUMPLE<br>Observación: | No. NIT:<br><br>N.A.<br>Observación: | No. NIT:<br><br>N.A.<br>Observación: |
|                          | Índice de liquidez<br>Mayor o igual a 1.5                                          | IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE                                                    | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 2.69             | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:   | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:   |
|                          | Nivel de Endeudamiento<br>Menor o igual a 0.50                                     | NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL                                                | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 0.16             | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:   | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:   |
|                          | Capital de Trabajo<br>Mayor o igual al 75% del Presupuesto asignado a este proceso | CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE                                                    | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: \$980.612.329    | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:   | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:   |

OBSERVACIONES: Se realizan los cálculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

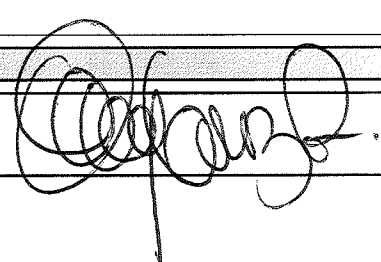
**EVALUADORES**

|                                                      |                                 |                                    |                                                                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador Criterio Financiero: | CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ | PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD |  |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                               | EVALUACIÓN DE PROYECTOS SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    | CÓDIGO: AP-CT-F-60-01                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020                                     |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| PROCESO No                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 113-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                       |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                       | INVITACION A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E. |                    |                                                                                       |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR       | Proponente 1<br>JDN MEDICAL I.P.S S.A.S.<br>NIT830.054.059-7                          |
| <b>3. HABILITANTES SARLAFT</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)                                                                                                                            | Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Información financiera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fotocopia RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fotocopia Declaración de Renta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documento composición accionaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Verificación en lista vinculante o restrictivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE / NO CUMPLE | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS. CONSULTA No.318                                  |
| OBSERVACIONES: El proponente JDN MEDICAL I.P.S S.A.S. NIT830.054.059-7 CUMPLE con la verificación SARLAFT.                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| *Se efectuó la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por el oferente. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte SARLAFT.                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| *La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| *La evaluación y análisis de la información presentada por el oferente se lleva a cabo en concordancia con lo dispuesto en el Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| EVALUADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                       |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                                                                                                            | LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA/ ASESORA GERENCIA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                                                                                                            | ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA:13/12/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                                                                       |

|  | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CÓDIGO: AP-CT-F-61-01                             |                         |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020 |                         |                         |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                         |                         |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN<br>PROCESO No                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | INVITACION A COTIZAR 113-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |                         |                         |
| OBJETO A CONTRATAR                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPOENEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E. |                                                   |                         |                         |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                         |                         |
| CRITERIO                                                                         | ENUMERE Y COLOQUE LOS PUNTOS TECNICOS A EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EVALUACIÓN TÉCNICA                                |                         |                         |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Proponente 1                                      | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | JDN MEDICAL I.P.S S.A.S.                          | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No. NIT: 830.054.059-7                            | No. NIT:                | No. NIT:                |
|                                                                                  | TÉCNICOS - FACTORES HABILITANTES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                         |                         |
|                                                                                  | 1.1 RECURSO HUMANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                         |                         |
|                                                                                  | A) PERSONAL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA SERVICIO DE ADULTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                         |                         |
|                                                                                  | * LISTADO DE ESPECIALISTAS (CON NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DE CÉDULA, TARJETA PROFESIONAL) EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA SUFICIENTE PARA CUBRIR LOS SERVICIOS Y QUE PERMITAN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD ESTABLECIDOS Y QUE HACEN PARTE DE LA PRESENTE CONVOCATORIA:                                                                                                                                  | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                            |                         |                         |
|                                                                                  | * DOCUMENTACIÓN DE IDONEIDAD PROFESIONAL: TÍTULO PROFESIONAL DE POSGRADO EN MEDICINA INTERNA O CIRUGÍA GENERAL, OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA FORMALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO (DIPLOMA Y ACTA DE GRADO). TÍTULO PROFESIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA Y/O CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA, OTORGADO POR UNIVERSIDAD RECONOCIDA FORMALMENTE POR EL GOBIERNO COLOMBIANO (DIPLOMA Y ACTA DE GRADO). | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                            |                         |                         |
|                                                                                  | * TARJETA PROFESIONAL Y/O REGISTRO MÉDICO EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                            |                         |                         |

| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                    | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E. |        |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|--|
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |  |  |
| TÉCNICOS<br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | * TODOS LOS PROFESIONALES DEBEN CONTAR CON UN MÍNIMO DE UN AÑO DE EXPERIENCIA CERTIFICADA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.                                                                                                                         | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | * LOS ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS QUE HAYAN CURSADO SUS ESTUDIOS DE PREGRADO Y POSGRADO EN EL EXTERIOR DEBEN CONTAR CON VALIDACIÓN ANTE EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN.                                                                           | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | * PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERAN SEDACIÓN, EL PROPONENTE DEBERÁ CONTAR CON PROFESIONAL ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y/O MÉDICO GENERAL CON CERTIFICACIÓN, LOS CUALES DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS NORMATIVOS EXIGIDOS POR LA LEY. " | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | * SOPORTE DE INSCRIPCIÓN AL RETHUS                                                                                                                                                                                                                 | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | * SOPORTE DE INSCRIPCIÓN AL MIPRES COMO PRESCRIPTOR.                                                                                                                                                                                               | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | * SOPORTAR QUE EL MÉDICO ESPECIALISTA QUE UTILIZARÁ EL ARCO EN C CUENTA CON CAPACITACIÓN EN RADIO PROTECCIÓN POR ENTIDAD CERTIFICADA EN EDUCACIÓN, CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN Y DOSÍMETRO."                                                         | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | B) PERSONAL AUXILIAR                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |  |  |
|                                                                                                                                                             | EL OFERENTE DEBERÁ OFERTAR 1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CHAPINERO TENIENDO EN CUENTA QUE ALLÍ SE OFERTA EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS AMBULATORIOS.                                                                         | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | A) TÍTULO AUXILIAR EN ENFERMERÍA OTORGADO POR INSTITUTO RECONOCIDO OFICIALMENTE.                                                                                                                                                                   | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | B) TARJETA PROFESIONAL.                                                                                                                                                                                                                            | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | C) INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS.                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                                             | D) CERTIFICACIÓN CON EXPERIENCIA (MÍNIMO 1 AÑO)                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |  |  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E. |        |                                                                                     |  |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                     |  |
|                                                   | PRESENTAR CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE, QUE GARANTICE QUE EN CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL PROCESO DE SELECCIÓN, SUMINISTRARÁ LOS INSUMOS, DISPOSITIVOS Y CONSUMIBLES DESCRITOS EN EL ANEXO NO 2 DE LOS PRESENTES ESTUDIOS PREVIOS | CUMPLE /<br>NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE |                                                                                     |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                     |  |
| <b>EVALUADORES</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                     |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: |                                                                                                                                                                                                                                                             | Dra. Anis Cristina Gonzalez Romero<br>Directora de Servicios Ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |  |  |

|                  | <b>CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS INICIALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                           | CÓDIGO: AP-CT-F-55-01                                  |                                      |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|                                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                           | VERSIÓN: 1                                             |                                      |                                      |
|                                                                                                  | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           | PÁGINA: 1 DE 1                                         |                                      |                                      |
| FECHA: 22/05/2020                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |                                                        |                                      |                                      |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |                                                        |                                      |                                      |
| PROCESO No                                                                                       | 113-2021 S.NTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                    | INVITACIÓN A COTIZAR                                   |                                      |                                      |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                               | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES QUE COMPOENEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E. |                                                                                                                                                                           |                                                        |                                      |                                      |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN CRITERIOS HABILITANTES</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |                                                        |                                      |                                      |
| CRITERIO                                                                                         | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                              | EVALUACIÓN                                             |                                      |                                      |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           | Proponente 1                                           | Proponente 2                         | Proponente 3                         |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           | JDN MEDICAL I.P.S. SAS                                 |                                      |                                      |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           | 830.054.059-7                                          |                                      |                                      |
| 1. JURÍDICOS                                                                                     | DOCUMENTOS JURÍDICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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"/><br>Observación: | <input type="text"/><br>Observación: |
| 2. FINANCIERA                                                                                    | DOCUMENTOS FINANCIEROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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"/><br>Observación: | <input type="text"/><br>Observación: |
| 3. SARLAFT                                                                                       | DOCUMENTOS SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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"/><br>Observación: | <input type="text"/><br>Observación: |
| 4. TÉCNICOS                                                                                      | DOCUMENTOS TÉCNICOS HABILITANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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"/><br>Observación: | <input type="text"/><br>Observación: |
| OBSERVACIONES: OFERENTE JDN MEDICAL IPS SAS CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN HABILITANTES. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |                                                        |                                      |                                      |
| Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ANDRES MAURICIO MOJICA ALAVA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  |                                                        |                                      |                                      |