		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA			CODIGO: AP-CT-F-62-01
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			VERSIÓN: 1
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			PÁGINA : 1 DE 2
					FECHA: 22/052020
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		007-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EQUITRONIC S.A.S.	BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S.	N/A
			NIT: 811030191-9	NIT: 900302604-1	N/A
	1. Carta de Presentación de la Propuesta (modelo anexo No. 1 entregado por la Subred).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
HABILITANTES JURÍDICOS	2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	4. 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 Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	5. 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 Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	7. 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 Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA			CODIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			PÁGINA : 2 DE 2 FECHA: 22/05/2020
HABILITANTES JURÍDICOS	9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	13. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	14. Registro Unico de Proponentes RUP	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N/A Observación:
	15. 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	N/A Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	16. Garantía de seriedad de la oferta: a favor de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con NIT 900.971.006-4, por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor de la oferta presentada	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: Se realiza la respectiva consulta de la póliza a través de la página de Seguros Comerciales Bolívar S.A., la cual coincide con la póliza allegada por el oferente, la cual se adjunta a la presente evaluación	2.No Cumple Observación: De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 3 del artículo 5 de la ley 1882 del 15 de enero de 2018, que reza así ... (...) "artículo 5 parágrafo 3, la no entrega de la garantía de seriedad junto con la propuesta no será subsanable y será causal de rechazo de la misma" (...). Por lo anterior, se procede a rechazar la oferta de conformidad con lo establecido en el numeral 8 de la Invitación a Cotizar 007-2022	N/A Observación:
OBSERVACIONES: BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S- RECHAZADO: De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 3 del artículo 5 de la ley 1882 del 15 de enero de 2018, que reza así ... (...) "artículo 5 parágrafo 3, la no entrega de la garantía de seriedad junto con la propuesta no será subsanable y será causal de rechazo de la misma" (...). Por lo anterior, se procede a rechazar la oferta de conformidad con lo establecido en el numeral 8 de la Invitación a Cotizar 007-2022					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN			

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

DATOS ENVÍO
NOMBRE: EQUITRONIC S.A.S
DIRECCIÓN: CR 49 61 SUR 69 LC 103
CIUDAD: MEDELLIN-ANTIOQUIA



P455-0

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EQUITRONIC S.A.S
IDENTIFICACIÓN: 811030191-9
TELÉFONO: 4441177 3104384707
DIRECCIÓN:
CIUDAD: MEDELLIN

OBSERVACIONES: Modificación De Datos Generales +
 Traslado. CERTIFICADO DE MODIFICACION

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1010114137401
Certificado: 1 **N°:** 000
Fecha de Expedición: 10/03/2022

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	11/03/2022	11/07/2022
A las 00 horas		
A las 24 horas		
VIGENCIA DEL CERTIFICADO	DESDE	HASTA
	11/03/2022	11/07/2022
A las 00 horas		
A las 24 horas		

ASEGURADO

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	900971006-4

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	900971006-4

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART.
JAVIER ESCOBAR URIBE Y CIA LTDA	4489141	0%
ASESORES EN SEGUROS		

DATOS DE LA PÓLIZA

CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Datos de Poliza

Número de Poliza

1010114137401

Datos de Tomador

Datos de Beneficiario

Tipo de Documento

NIT

Tipo de Documento

NIT

Número de Documento

811030191

Número de Documento

900971006

Ver Anexos (6)

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

DATOS ENVÍO

NOMBRE: EQUITRONIC S.A.S
 DIRECCIÓN: CR 49 61 SUR 68 LC 103
 CIUDAD: MEDELLIN-ANTIOQUIA



P455-0

Seguros Compañías Sablier S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EQUITRONIC S.A.S
 IDENTIFICACIÓN: 811030191-9
 TELÉFONO: 4441177 3104384707
 DIRECCIÓN:
 CIUDAD: MEDELLIN

OBSERVACIONES: Modificación De Datos Generales +
 Traslado. CERTIFICADO DE MODIFICACION

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1010114137401

Certificado: 1 N°: 000

Fecha de Expedición: 10/03/2022

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	11/03/2022	11/07/2022
	A las 00 horas	A las 24 horas
VIGENCIA DEL CERTIFICADO	DESDE	HASTA
	11/03/2022	11/07/2022
	A las 00 horas	A las 24 horas

ASEGURADO

NOMBRE	IDENTIFICACION
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	900971006-4

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACION
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	900971006-4

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART.
JAVIER ESCOBAR URIBE Y CIA LTDA	4489141	0%
ASESORES EN SEGUROS		

DATOS DE LA PÓLIZA

CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

DATOS DEL TOMADOR		SEGURO DE CUMPLIMIENTO CERTIFICADO DE SEGURO	
NOMBRE: EQUITRONIC S.A.S IDENTIFICACIÓN: 811030191-9 TELÉFONO: 5441177-310438470 DIRECCIÓN: CIUDAD: MEDELLÍN		Poliza N°: 1010114137401 Certificado: 0 N°: 001 Fecha de Expedición: 09/03/2022	
OBSERVACIONES: Poliza De Cumplimiento Wed Mar 09 16:09:34 Gmt-05:00 2022.CERTIFICADO DE SEGURO		VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 10/03/2022 HASTA 10/07/2022 A las 00 horas A las 24 horas VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE 10/03/2022 HASTA 10/07/2022 A las 00 horas A las 24 horas	
ASEGURADO			
NOMBRE		IDENTIFICACIÓN	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		900971006-4	
BENEFICIARIOS			
NOMBRE		IDENTIFICACIÓN	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		900971006-4	
DATOS DEL ASESOR		DATOS DE LA PÓLIZA	
NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART.	CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
JAVIER ESCOBAR URIBE Y CIA LTDA	4489141	100%	
ASESORES EN SEGUROS			

Seguros Comerciales Bolívar S.A. NIT: 890.202.196-7
 Avenida El Dorado N° 88 B - 31, piso 10 Comutador: 3412077
 Bogotá D.C., Colombia
 www.seguroscolombianos.com

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

CLIENTE
Pagos 1 de 4

Póliza n°a custodioda
 SP-1010114137401

OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO

GARANTIZAR LA SERIEDAD DE LA OFERTA SEGÚN INVITACIÓN A COTIZAR NO. 007-2022 S.N.T.E., CUYO OBJETO ES CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS PROPIEDAD DE SUBRED NORTE.

Página 1 de 10

Datos de Poliza

Número de Poliza

1010114137401

Datos de Tomador

Tipo de Documento

NIT

Número de Documento

811030191

Datos de Beneficiario

Tipo de Documento

NIT

Número de Documento

900971006

Ver Anexos (6)

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Modificación - Anexo 1

Fecha expedición: 10/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

Emisión - Anexo 0

Fecha expedición: 09/03/2022

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: EQUITRONIC S.A.S	
IDENTIFICACIÓN: 910303191-3	
TELÉFONO: 441177 310434701	
DIRECCIÓN:	
CUIDAD: MEDELLIN	

OBSERVACIONES: Poliza De Cumplimiento Wed Mar 09 16:09:34 GMT-05:00 2022 CERTIFICADO DE SEGURO

SEGURO DE CUMPLIMIENTO	
CERTIFICADO DE SEGURO	
Póliza N°: 1010114137401	
Certificado: 0 N°: 001	
Fecha de Expedición: 09/03/2022	

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	10/03/2022	10/07/2022
	De 00h a 24h	De 00h a 24h

VIGENCIA DEL CERTIFICADO	DESDE	HASTA
	10/03/2022	10/07/2022
	De 00h a 24h	De 00h a 24h

ASEGURADO	
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	800971008-4

BENEFICIARIOS	
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	800971008-4

DATOS DEL ASESOR		
NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART.
JAVIER ESCOBAR URIBE Y CIA LTDA	4458141	100%
ASESORES EN SEGUROS		

DATOS DE LA PÓLIZA	
CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES	

Seguros Comerciales Bolívar S.A. NIT 890.002.180-7
Avenida El Dorado N° 88 B - 31, piso 10 Comutador 3410077
Bogotá D.C., Colombia
www.seguroscomercialesbolivar.com

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

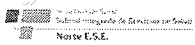
CLIENTE
Página 1 de 1

OBJETO DEL CONTRATO

Póliza de cumplimiento
N°: 1060814137301

OBJETO

Garantizar la seriedad de la oferta según invitación a cotizar NO. 007-2022 S.NTE, cuyo objeto es contratar el suministro e instalación de accesorios para equipo de rayos X y mamógrafo del servicio de imágenes diagnósticas propiedad de SUBRED NORTE.

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

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACIÓN A COTIZAR No.007- 2022
--------------------	-----------------------------------

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

Objeto a contratar	CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE
---------------------------	---

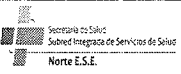
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

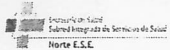
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EQUITRONIC S.A.S.	BIOPLUS MEDICAL CARE SAS	
			No. NIT: 811030191-9	No. NIT: 900302604-1	No. NIT:
HABILITANTES FINANCIEROS	Presentación de la totalidad de documentos solicitados	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. CUMPLE Observación:	1. CUMPLE Observación:	N.A. Observación:
	Índice de liquidez Mayor a Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. CUMPLE Observación: Resultado: 2.53	1. CUMPLE Observación: Resultado: 1.88	N.A. Observación: Resultado:
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. CUMPLE Observación: Resultado: 0.39	1. CUMPLE Observación: Resultado: 0.47	N.A. Observación: Resultado:
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. CUMPLE Observación: Resultado: \$11.824.950.038	2. NO CUMPLE Observación: Resultado: \$149.618.897	N.A. Observación: Resultado: \$

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

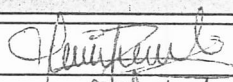
EVALUADORES

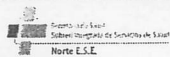
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	
--	---------------------------------	------------------------------------	---

		SUBSANACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NOROCCIDENTAL E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-60-01 VERSION: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		007-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1	Proponente 2	
			EQUITRONIC SAS NIT 800030191-9	BIOPLUS MEDICAL CARE SAS NIT 900302604-1	
3. HABILITANTES SARLAFT (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	NO CUMPLE	NO CUMPLE	
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Fotocopia Cedula de Ciudadanía/ Cedula de Extranjería Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Documento composición accionaria/ Societaria	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.373	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.373	
OBSERVACIONES: LOS PROPONENTES DEBEN DILIGENCIAR EL FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA AL TIPO DE EMPRESA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. EL NO DILIGENCIAMIENTO DE LA TOTALIDAD DEL FORMATO, SE CALIFICARA COMO NO CUMPLE, LO QUE INHABILITA AL PROVEEDOR PARA CONTINUAR EN EL PROCESO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION EXIGIDA PARA LA EVALUACION.					
*Proponente 1: EQUITRONIC SAS NIT 800030191-9 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formato conocimiento del cliente o contraparte: Numeral 2: Datos de la persona jurídica: No diligencia: la casilla de nacionalidad (2) si no aplica colocar N/A. No diligencia: casilla de dirección sucursal/agencia, departamento/ciudad, país, teléfono/fax. Si no aplica la información colocar N/A. Numeral 4: información financiera: En el valor de los ingresos no operacionales se debe registrar el valor de los otros ingresos y el valor de los ingresos financieros presentarlos mensuales, El valor de los gastos operacionales no coincide con el soporte y en los gastos no operacionales se deben registrar, el valor de los otros gastos y de los costos financieros presentarlos mensualmente.					
*Proponente 2: BIOPLUS MEDICAL CARE SAS NIT 900302604-1, NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formato conocimiento del cliente o contraparte: Numeral 2: Datos de la persona jurídica: No diligencia: la casilla de nacionalidad (2) si no aplica colocar N/A. No diligencia: casilla de dirección sucursal/agencia, departamento/ciudad, país, teléfono/fax. Si no aplica la información colocar N/A. Numeral 4: información financiera: El valor de los ingresos no operacionales no se presentaron mensuales. El valor de los gastos operacionales no coincide con el soporte y en los gastos no operacionales se deben registrar, el valor de los gastos financieros y el valor de los otros gastos igualmente de mensuales.					
*Se efectuó la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. 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 los oferentes 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 DE GERENCIA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:		ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA: 15/03/2022			

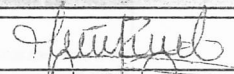
		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO: AP-CT-F-61-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		007-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EQUITRONIC S.A.S.	BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S.	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 811.030.191-9	No. NIT: 900.302.604-1	No. NIT:
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. El oferente debe presentar ficha técnica de los productos ofertados donde se evidencie que cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE: El oferente allega documentación técnica en la cual se evidencian las siguientes observaciones: 3. CONECTIVIDAD INALÁMBRICA DEBE INCLUIR BATERÍAS RECARGABLES CON CARGADOR: NO SE ENCUENTRA INFORMACIÓN EN LA OFERTA DONDE INDIQUE QUE INCLUYE BATERÍAS RECARGABLES CON CARGADOR. 5. RESOLUCIÓN 2500 X 3000 PÍXELES MÍNIMO: EN LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA NO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA ESPECIFICACIÓN. 6. PESO MÁXIMO 3 KILOS: TENIENDO EN CUENTA EL VALOR DE APROXIMACIÓN "± 0.25 kg" SUPERA EL PESO MÁXIMO SOLICITADO. 7. RESISTENCIA A POLVO Y AGUA CON MÍNIMO IP56: TENIENDO EN CUENTA LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA, EL PRODUCTO OFERTADO CUENTA CON IP54 QUE LO HACE ÚNICAMENTE RESISTENTE AL AGUA.	CUMPLE: El oferente allega documentación técnica en la cual se evidencia el cumplimiento de las especificaciones técnicas para DETECTOR - FLAT PANEL RAYOS X.	
	2. El oferente debe presentar documento debidamente suscrito por el representante legal del oferente en donde garantice que los elementos ofertados son compatibles con los equipos relacionados en la "DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR" y por ende funcionara correctamente en los mismos.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente presenta documento suscrito por SANDRA MARÍA NICHOLLS RUIZ quien en el RUT de EQUITRONIC S.A.S. figura como Representante Legal suplente, evidenciándose el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	CUMPLE: El oferente presenta documento suscrito por Rocío Mora Avendaño quien en el RUT de BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. figura como Representante Legal, evidenciándose el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	
	3. El oferente debe hacer entrega de carta de garantía del servicio y elementos ofertados debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la misma.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE: El oferente presenta documento suscrito por SANDRA MARÍA NICHOLLS RUIZ quien en el RUT de EQUITRONIC S.A.S. figura como Representante Legal suplente, sin embargo en el documento no se especifica el tiempo de garantía del servicio (instalación) y elemento ofertado (accesorio), así mismo no menciona las exclusiones de la misma, debido a esto no se evidencian el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	NO CUMPLE: El oferente presenta documento suscrito por Rocío Mora Avendaño quien en el RUT de BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. figura como Representante Legal, sin embargo en el documento no se especifica el tiempo de garantía del servicio ofertado (instalación), así mismo no menciona las exclusiones de la misma, debido a esto no se evidencian el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	

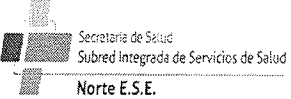


OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
4. Anexar certificación de experiencia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal, cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto del presente proceso y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando copia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas, con su respectiva acta de liquidación, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al descrito anteriormente y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. La certificación o acta de liquidación con su respectiva copia del contrato, debe contener como mínimo: • Entidad contratante. • Persona o entidad a la que certifican con número de identificación y/o nit. • Objeto del contrato. • Fecha de inicio y terminación del contrato. • Valor del contrato.		CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE: El oferente presenta certificaciones de acuerdo a lo solicitado en el requerimiento.	CUMPLE: El oferente presenta certificaciones de acuerdo a lo solicitado en el requerimiento.	
OBSERVACIONES: Esta evaluación corresponde únicamente al ÍTEM UNO (1) DETECTOR - FLAT PANEL COMPATIBILIDAD CON EQUIPO DE RAYOS X MARCA DRGEM, MODELO GXR525D de la invitación a cotizar 007-2022 cuyo objeto es CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE. Los oferentes EQUITRONIC S.A.S. y BIOPUS MEDICAL CARE S.A.S. no allega la documentación conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso, para su total cumplimiento debe tener en cuenta lo siguiente: - EQUITRONIC S.A.S. presentar la documentación técnica (ficha técnica) en donde se evidencie el cumplimiento de las especificaciones técnicas tres (3), cinco (5), seis (6) y siete (7), y así mismo presentar carta de garantía del servicio (instalación) y elementos ofertados (accesorio) debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la garantía ofrecida. - BIOPUS MEDICAL CARE S.A.S. presentar carta de garantía del servicio (instalación) y elementos ofertados (accesorio) debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la garantía ofrecida. Esta documentación deberá presentarse en el termino establecido dentro de la presente invitación para observaciones y/o subsanación a lugar.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		MÓNICA MILENA RAVELO MOYANO Ingeniera Biomédica			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		KAREN JINETH CÁRDENAS RODRÍGUEZ Ingeniera Biomédica			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES Profesional Especializado			

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CODIGO: AP-CT-F-61-01 VERSION: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		007-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EQUITRONIC S.A.S.	BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S.	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 811.030.191-9	No. NIT: 900.302.604-1	No. NIT:
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. El oferente debe presentar ficha técnica de los productos ofertados donde se evidencie que cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA: No presenta oferta.	NO CUMPLE: El oferente allega documentación técnica en la cual se evidencian las siguientes observaciones para DETECTOR - FLAT PANEL MAMÓGRAFO: 2. DETECTOR DIGITAL DE 18X24: NO SE ENCUENTRA INFORMACIÓN QUE EVIDENCIE EL CUMPLIMIENTO DE LA ESPECIFICACIÓN. 4. INCLUYA ESTACIÓN DE PROCESADO CON SOFTWARE Y PANTALLA DE GRADO MEDICO: NO SE ENCUENTRA INFORMACIÓN EN LA OFERTA DONDE INDIQUE QUE INCLUYE ESTACIÓN DE TRABAJO.	
	2. El oferente debe presentar documento debidamente suscrito por el representante legal del oferente en donde garantice que los elementos ofertados son compatibles con los equipos relacionados en la "DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR" y por ende funcionara correctamente en los mismos.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA: No presenta oferta.	CUMPLE: El oferente presenta documento suscrito por Rocío Mora Avendaño quien en el RUT de BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. figura como Representante Legal, evidenciándose el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	
	3. El oferente debe hacer entrega de carta de garantía del servicio y elementos ofertados debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la misma.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA: No presenta oferta.	NO CUMPLE: El oferente presenta documento suscrito por Rocío Mora Avendaño quien en el RUT de BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. figura como Representante Legal, sin embargo en el documento no se especifica el tiempo de garantía del servicio ofertado (instalación), así mismo no menciona las exclusiones de la misma, debido a esto no se evidencian el cumplimiento de lo solicitado en el requerimiento.	



OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
4. Anexar certificación de experiencia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas debidamente suscritas por el representante legal, cuyo objeto debe ser igual o de similares características al objeto del presente proceso y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. El proponente también podrá acreditar la experiencia allegando copia de máximo tres contratos ejecutados con entidades públicas o privadas, con su respectiva acta de liquidación, y cuyo objeto debe ser igual o de similares características al descrito anteriormente y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto oficial. La certificación o acta de liquidación con su respectiva copia del contrato, debe contener como mínimo: • Entidad contratante. • Persona o entidad a la que certifican con número de identificación y/o nit. • Objeto del contrato. • Fecha de inicio y terminación del contrato. • Valor del contrato.		CUMPLE / NO CUMPLE	NO APLICA: No presenta oferta.	CUMPLE: El oferente presenta certificaciones de acuerdo a lo solicitado en el requerimiento.	
OBSERVACIONES: Esta evaluación corresponde únicamente al ÍTEM DOS (2) DETECTOR - PLAT PANEL COMPATIBILIDAD CON MAMÓGRAFO MARCA STARMEDPRO, MODELO MAMMORAY L de la invitación a cotizar 007-2022 cuyo objeto es CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE. - El oferente EQUITRONIC S.A.S. no presenta oferta para el ítem en cuestión. - El oferente BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S. no allega la documentación conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso, para su total cumplimiento este tendrá que presentar la documentación técnica (ficha técnica) en donde se evidencie el cumplimiento de las especificaciones técnicas dos (2) y cuatro (4), y así mismo presentar carta de garantía del servicio (instalación) y elementos ofertados (accesorio) debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la garantía ofrecida. Esta documentación deberá presentarse en el término establecido dentro de la presente invitación para observaciones y/o subsanación a lugar.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		MÓNICA MILENA RAVELO MOYANO Ingeniera Biomédica			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		KAREN JINETH CÁRDENAS RODRÍGUEZ Ingeniera Biomédica			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES Profesional Especializado			

	CONSOLIDADO DE EVALUACIONES INICIALES			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					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	007-2022	MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR		
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE ACCESORIOS PARA EQUIPO DE RAYOS X Y MAMÓGRAFO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PROPIEDAD DE LA SUBRED NORTE				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			EQUITRONIC S.A.S.	BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S.	
			NIT: 811.030.191-9	NIT: 900.302.604-1	
1. HABILITANTES JURÍDICOS	DOCUMENTOS JURÍDICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:	2. No Cumple 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	1. Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:	1. Cumple 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	2. No Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:
4. TÉCNICOS	DOCUMENTOS TÉCNICOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:
PUNTAJE TOTAL	Escriba la Σ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica	Puntaje Asignado	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: SÍRVASE ALLEGAR EN EL TIEMPO DE TRASLADO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS.

EQUITRONIC S.A.S., NIT: 811.030.191-9

JURÍDICO: (CUMPLE)

SARLAFT: (NO CUMPLE)

Con la verificación SARLAFT. Formato conocimiento del cliente o contraparte: Numeral 2: Datos de la persona jurídica: No diligencia: la casilla de nacionalidad (2) si no aplica colocar N/A. No diligencia: casilla de dirección sucursal/agencia, departamento/ciudad, país, teléfono/fax. Si no aplica la información colocar N/A. Numeral 4: información financiera: En el valor de los ingresos no operacionales se debe registrar el valor de los otros ingresos y el valor de los ingresos financieros presentarlos mensuales, El valor de los gastos operacionales no coincide con el soporte y en los gastos no operacionales se deben registrar, el valor de los otros gastos y de los costos financieros presentarlos mensualmente.

FINANCIERO: (CUMPLE)

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

ÍTEM UNO (1) DETECTOR - FLAT PANEL COMPATIBILIDAD CON EQUIPO DE RAYOS X MARCA DRGEM, MODELO GXR52SD

No allega la documentación conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso, para su total cumplimiento debe tener en cuenta lo siguiente: presentar la documentación técnica (ficha técnica) en donde se evidencie el cumplimiento de las especificaciones técnicas tres (3), cinco (5), seis (6) y siete (7), y así mismo presentar carta de garantía del servicio (instalación) y elementos ofertados (accesorio) debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la garantía ofrecida.

ÍTEM DOS (2) DETECTOR - FLAT PANEL COMPATIBILIDAD CON MAMÓGRAFO MARCA STARMEDPRO, MODELO MAMMORAY L

No presenta oferta para el ítem en cuestión.

BIOPLUS MEDICAL CARE S.A.S., NIT: 900.302.604-1

JURÍDICO: (NO CUMPLE)

De conformidad con lo dispuesto en el paragrafo 3 del artículo 5 de la ley 1882 del 15 de enero de 2018, que reza así: (...) "artículo 5 paragrafo 3, la no entrega de la garantía de seriedad junto con la propuesta no será subsanable y será causal de rechazo de la misma" (...) Por lo anterior, se procede a rechazar la oferta de conformidad con lo establecido en el numeral 8 de la invitación a cotizar 007-2022.

SARLAFT: (NO CUMPLE)

con la verificación SARLAFT. Formato conocimiento del cliente o contraparte: Numeral 2: Datos de la persona jurídica: No diligencia: la casilla de nacionalidad (2) si no aplica colocar N/A. No diligencia: casilla de dirección sucursal/agencia, departamento/ciudad, país, teléfono/fax. Si no aplica la información colocar N/A. Numeral 4: información financiera: El valor de los ingresos no operacionales no se presentaron mensuales. El valor de los gastos operacionales no coincide con el soporte y en los gastos no operacionales se deben registrar, el valor de los gastos financieros y el valor de los otros gastos igualmente de mensuales.

FINANCIERO: (NO CUMPLE)

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.

TÉCNICO: (CUMPLE)

ÍTEM UNO (1) DETECTOR - FLAT PANEL COMPATIBILIDAD CON EQUIPO DE RAYOS X MARCA DRGEM, MODELO GXR52SD

No allega la documentación conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso, para su total cumplimiento debe tener en cuenta lo siguiente: presentar carta de garantía del servicio (instalación) y elementos ofertados (accesorio) debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la garantía ofrecida.

ÍTEM DOS (2) DETECTOR - FLAT PANEL COMPATIBILIDAD CON MAMÓGRAFO MARCA STARMEDPRO, MODELO MAMMORAY L

No allega la documentación conforme a lo solicitado en los requerimientos técnicos del presente proceso, para su total cumplimiento este tendrá que presentar la documentación técnica (ficha técnica) en donde se evidencie el cumplimiento de las especificaciones técnicas dos (2) y cuatro (4), y así mismo presentar carta de garantía del servicio (instalación) y elementos ofertados (accesorio) debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía por tiempo no menor a un (1) año y exclusiones de la garantía ofrecida.

Esta documentación deberá presentarse en el término establecido dentro de la presente invitación para observaciones y/o subsanación a lugar.

ELABORADO

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

Adriana Paola Puerta Florez
Profesional Administrativo II - Dirección de Contratación

