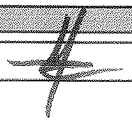
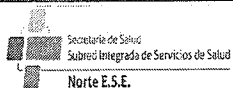
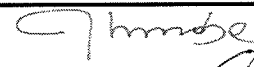
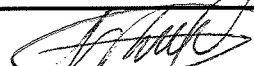
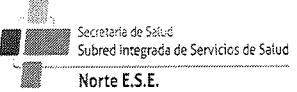
	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CÓDIGO: AP-CT-F-62-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2		
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	116-2021				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIONES ENTERALES, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			POLIMEDIC'S FARMACEUTICA S A S- POLIFARMA S.A.S.	FARMAPOS LTDA	N/A
			NIT: 800.151.064-0	NIT: 830.134.902-5	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:	2.No Cumple Observación: El oferente no adjunta el compromiso anticorrupción conforme a lo establecido en la Invitación 116-2021, por lo cual, se requiere en el termino de traslado de la presente evaluación subsanar el presente documento	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:	2.No Cumple Observación: El oferente adjunta el certificado de existencia y representación legal con una vigencia superior a 30 días, por lo cual, se requiere en el termino de traslado de la presente evaluación subsanar el presente documento	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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			CÓDIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 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:	2.No Cumple Observación: El oferente no adjunta certificación bancaria conforme a lo establecido en la Invitación 116-2021, por lo cual, se requiere en el término de traslado de la presente evaluación subsanar el presente documento	N/A Observación:	
OBSERVACIONES: FARMAPOS LTDA: NO CUMPLE: 1. El oferente no adjunta el compromiso anticorrupción conforme a lo establecido en la Invitación 116-2021, por lo cual, se requiere en el término de traslado de la presente evaluación subsanar el presente documento. 2. El oferente adjunta el certificado de existencia y representación legal con una vigencia superior a 30 días, por lo cual, se requiere en el término de traslado de la presente evaluación subsanar el presente documento. 3. El oferente no adjunta certificación bancaria conforme a lo establecido en la Invitación 116-2021, por lo cual, se requiere en el término de traslado de la presente evaluación subsanar el presente documento.						
EVALUADORES						
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN				

		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-CT-F-60-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		116-2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICIONES ENTERALES, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1	Proponente 1	
			POLIMEDICS FARMACEUTICA NIT 800151064-0	FARMAPOS LTDA NIT 830134902-5	
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación ó 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	NO PRESENTA	
	Fotocopia Cedula de Ciudadanía/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Documento composición accionaria	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Verificación en lista vinculante o restrictivas	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS. CONSULTA No.334	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS. CONSULTA No.334	
OBSERVACIONES: *Proponente 1: La empresa: POLIMEDICS FARMACEUTICA NIT 800151064-0 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT: Se debe diligenciar la totalidad del formato para los campos que no aplique la información se coloca N/A. Estan incompletos los datos de la persona jurídica. *Proponente 2: la empresa:FARMAPOS LTDA NIT 830134902-5 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT:Formato de conocimiento del cliente o contraparte-empresa. Se debe diligenciar la totalidad del formato para los campos que no aplique la información se coloca N/A., No diligencia la casilla de ciudad país y fecha de diligenciamiento. Estan incompletos los datos de la persona jurídica. Numeral 4: Información financiera: En el valor de los egresos operacionales se deben registrar los gastos financieros y los otros gastos mensuales, el valor registrado no coincide con el Estado de Resultados. Numeral 6: literal 1: No describe las fuentes del origen de los recursos de la empresa. No presenta copia del RUT. *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:23/12/2021			

EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA				CÓDIGO: AP-CT-F-81-0	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSION: 1	
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 DE 1	
				FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		116 DE 2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICIONES ENTERALES, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	NUMERAL	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			POLIFARMA	FARMAPOS	
			NIT: 800151064	NIT:	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. Certificado de Importador, distribuidor o fabricante:allegar certificado de condición de importador, distribuidor y/o fabricante, debidamente suscrito por el representante legal de la casa matriz o el quien haga sus veces, según sea el caso, la información debe ser verificable (datos de contacto), y allegar certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio en donde se encuentre inscrito el oferente y que demuestre dichas calidades. si la certificación es expedida en otro idioma diferente al español, el oferente deberá allegar la correspondiente traducción oficial al castellano.	CUMPLE- NO CUMPLE- NO APLICA	CUMPLE	NO CUMPLE	
	2. Certificado condiciones sanitarias del INVIMA para dispositivos medico quirúrgicos, dependiendo de la calidad de fabricante, el cual no debe ser superior a 5 años.	CUMPLE- NO CUMPLE- NO APLICA	NO APLICA	NO CUMPLE	
	3. Certificación capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento para dispositivos médicos (CCAA). en cumplimiento con la resolución No. 4002 de 2007, expedido por el ministerio de la protección social, debidamente certificado por el INVIMA. en calidad de importador y comercializador, el cual no debe ser superior a 5 años.	CUMPLE- NO CUMPLE- NO APLICA	CUMPLE	NO CUMPLE	
	4. El distribuidor debe adjuntar el Concepto favorable Técnico Higiénico-Sanitario de la visita que realiza la Secretaría de Salud al distribuidor, donde consta que cumple con los requisitos exigidos para este tipo de establecimientos, que haya sido realizada el último (1) año.	CUMPLE- NO CUMPLE- NO APLICA	CUMPLE	NO CUMPLE	
	5. Inscripción al Programa de Tecnovigilancia debidamente expedido por el INVIMA (pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecnovigilancia ante el INVIMA), la entidad se reserva el derecho de verificar las condiciones directamente en el INVIMA.	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
	6. Certificado de buenas prácticas de manufactura (BPM), dependiendo de calidad de fabricante y/o distribuidor, debidamente expedida por el INVIMA o quien haga sus veces. : Para acreditar este requisito el proponente deberá aportar el respectivo documento.	CUMPLE- NO CUMPLE- NO APLICA	NO APLICA	NO CUMPLE	
	7. Registro sanitario del dispositivo médico quirúrgico vigente y que cumpla con todas las características solicitadas (nombre/descripción y unidad de medida o dimensiones), debidamente expedido por el INVIMA. Para acreditar este requisito el proponente deberá aportar el respectivo documento. Nota: el Registro Sanitario que cumple para este proceso son: Dispositivo Medico (DM), Equipo Biomedico Controlado (EBC), Reactivo Diagnostico (RD), y Varios (V).	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	8. Fichas Técnicas: Para acreditar este requisito el proponente deberá allegar fichas técnicas por ítem de los dispositivos medico quirúrgicos ofertados.Las cuales deben contener: las referencias o características, dimensiones, unidad de medida, empaque o presentación, tipo de paciente (adulto, pediátrico o neonatal), nombre comercial que cumpla con la descripción solicitada, clasificación del riesgo y condiciones de almacenamiento.	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
	9. Certificado de distribuidor: allegar certificado de distribuidor de acuerdo a la marca ofertada.	CUMPLE- NO CUMPLE-	CUMPLE	NO CUMPLE	
	10. Certificación expedida por el representante legal del oferente, que de constancia del manejo de residuos, la cual no sea superior a 30 días. Para acreditar este requisito el proponente deberá aportar el respectivo documento (firmado).	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
	11. Experiencia 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 de los presentes Estudios Previos 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 que demuestren el cumplimiento del 100% de los mismos, 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. • Indicación del cumplimiento y ejecución del contrato al 100%.	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			N/A		
OBSERVACIONES:					
POLIFARMA: cumple con la evaluacion tecnicas.					
FARMAPOS: solo adjunto los registros sanitarios, no envio la documentacion solicitada					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		CHRISTIAN ANDRES DIAZ MEJIA SUPERVISOR DEL CONTRATO - LIDER DE ALMACEN GENERAL			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		ADEL MARIA PARRA PINZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO - AREA ADMINISTRATIVA		Adel Maria Parra Pinzon	

	CONSOLIDADO DE EVALUACIONES INICIALES		CÓDIGO: AP-CT-F-55-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	116-2021	MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR		
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE ADMINISTRACION DE NUTRICIONES ENTERALES, PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			POLIMEDIC'S FARMACÉUTICA S.A.S No. NIT: 800.151.064-0	FARMAPOS LTDA No. NIT: 830.134.902-5	
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:	N.A. 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	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. 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:	N.A. 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	1. Cumple Observación:	2. No Cumple Observación:	N.A. 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.

POLIMEDIC'S FARMACÉUTICA S.A.S (NO CUMPLE)

JURIDICO: (CUMPLE)

SARLAFT: (NO CUMPLE)

DILIGENCIAR INFORMACION REQUERIDA EN EL FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA.

TECNICO: (CUMPLE)

FARMAPOS LTDA (NO CUMPLE)

JURIDICO: (CUMPLE)

SARLAFT: (NO CUMPLE)

DILIGENCIAR INFORMACION REQUERIDA EN EL FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA.

TECNICO: (NO CUMPLE)

1. CERTIFICADO DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR O FABRICANTE: ALLEGAR CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE, DEBIDAMENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CASA MATRIZ O EL QUIEN HAGA SUS VECES, SEGÚN SEA EL CASO, LA INFORMACIÓN DEBE SER VERIFICABLE (DATOS DE CONTACTO), Y ALLEGAR CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO EN DONDE SE ENCUENTRE INSCRITO EL OFERENTE Y QUE DEMUESTRE DICHAS CALIDADES. SI LA CERTIFICACIÓN ES EXPEDIDA EN OTRO IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR LA CORRESPONDIENTE TRADUCCIÓN OFICIAL AL CASTELLANO.

2. CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIAS DEL INVIMA PARA DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DEPENDIENDO DE LA CALIDAD DE FABRICANTE, EL CUAL NO DEBE SER SUPERIOR A 5 AÑOS.

3. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS (CCAA). EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN NO. 4002 DE 2007, EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR EL INVIMA. EN CALIDAD DE IMPORTADOR Y COMERCIALIZADOR, EL CUAL NO DEBE SER SUPERIOR A 5 AÑOS.

4. EL DISTRIBUIDOR DEBE ADJUNTAR EL CONCEPTO FAVORABLE TÉCNICO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LA VISITA QUE REALIZA LA SECRETARÍA DE SALUD AL DISTRIBUIDOR, DONDE CONSTA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS, QUE HAYA SIDO REALIZADA EL ÚLTIMO (1) AÑO.

5. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA (PANTALLAZO DE LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNO VIGILANCIA ANTE EL INVIMA), LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LAS CONDICIONES DIRECTAMENTE EN EL INVIMA.

6. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM), DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR, DEBIDAMENTE EXPEDIDA POR EL INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES. : PARA ACREDITAR ESTE REQUISITO EL PROPONENTE DEBERÁ APORTAR EL RESPECTIVO DOCUMENTO.

8. FICHAS TÉCNICAS: PARA ACREDITAR ESTE REQUISITO EL PROPONENTE DEBERÁ ALLEGAR FICHAS TÉCNICAS POR ÍTEM DE LOS DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS OFERTADOS. LAS CUALES DEBEN CONTENER: LAS REFERENCIAS O CARACTERÍSTICAS, DIMENSIONES, UNIDAD DE MEDIDA, EMPAQUE O PRESENTACION, TIPO DE PACIENTE (ADULTO, PEDIATRICO O NEONATAL), NOMBRE COMERCIAL QUE CUMPLA CON LA DESCRIPCION SOLICITADA, CLASIFICACION DEL RIESGO Y CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO.

9. CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR: ALLEGAR CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR DE ACUERDO A LA MARCA OFERTADA.

10. CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE, QUE DE CONSTANCIA DEL MANEJO DE RESIDUOS, LA CUAL NO SEA SUPERIOR A 30 DÍAS. PARA ACREDITAR ESTE REQUISITO EL PROPONENTE DEBERÁ APORTAR EL RESPECTIVO DOCUMENTO (FIRMADO).

ELABORADO

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

Andres Mauricio Ortega Betancourt / Direccion de Contratación

