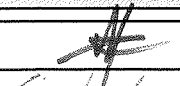
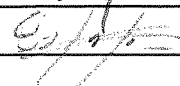


	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CÓDIGO: AP-CT-F-62-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA: 22/05/2020		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No	015-2022 S. NTE				
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR				
OBJETO A CONTRATAR	Suministro de dispositivos médicos 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
			CLOSER PHARMA S.A.S	KCI COLOMBIA S.A.S.	SUPLESALUD IPS S.A.S
			NIT. 830.512.304-2	NIT. 900.894.722-1	NIT. 805.029.546-6
	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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Documento de identificación del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Certificado de Existencia y Representación Legal o Documento Equivalente	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:
	certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses 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 Observación:	2. No Cumple Observación: Se solicita al oferente realizar la corrección respecto al número de Cédula de Ciudadanía del representante legal.	1. Cumple Observación:

	fotocopia del registro único tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Compromiso anticorrupción anexo entregado por la subred Norte ESE	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
HABILITANTES JURÍDICOS	certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	certificado antecedentes judiciales policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	Certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	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:	1. Cumple Observación:
	Certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

OBSERVACIONES: KCI COLOMBIA S.A.S.: En el certificado de cumplimiento del pago de aportes parafiscales se solicita al oferente realizar la corrección respecto al número de Cédula de Ciudadanía del representante legal.

EVALUADORES		
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATERIN DAVILA MARIN- PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	ESTEFANIA SANTOFIMIO SUAREZ- PROFESIONAL ADMINISTRATIVO- 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		015-2022			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS 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 2	Proponente 3
			CLOSTER PHARMA SAS NIT830512304-2	KCI COLOMBIA SAS NIT 900894722-1	SUPLESALID IPS SAS NIT805029546-6
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	NO CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Documento composición accionaria	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO PRESENTA
	Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.384	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.384	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.384
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: La empresa CLOSTER PHARMA SAS NIT830512304-2 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: Numeral 2: Datos de la persona jurídica: No diligencia la casilla de nacionalidad (2) si no aplica colocar N/A. Numeral 4: Información financiera: En el valor de los ingresos no operacionales: se debe colocar el valor de ingresos no financieros, presentarlos mensuales. En el valor de los egresos operacionales, se debe colocar el valor de costo de ventas, gastos operacionales de administración y ventas, presentarlos mensuales, En los egresos no operacionales: se deben colocar el valor de los gastos no operacionales, igualmente presentarse mensuales. El valor de los pasivos totales, diligenciarlos conforme a los Estados financieros. Describir el concepto de ingresos no operacionales y concepto de egresos operacionales en las respectivas casillas.					
* Proponente 2: La empresa KCI COLOMBIA SAS NIT 900894722-1 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: Numeral 4: Información financiera: El valor de los ingresos operacionales, gastos operacionales, no coinciden con los soportes, en el valor de los gastos no operacionales se debe registrar valor de los otros gastos, y el concepto; de igual manera los valores se deben expresar conforme el tipo de cifras registradas en los soportes presentados.					
* Proponente 3: La empresa: SUPLESALID IPS SAS NIT805029546-6 NO CUMPLE: con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: 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. No presenta documento de composición societaria.					
*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:		DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO SUPLENTE 			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:		ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA: 11/04/2022			

EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA

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

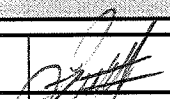
CÓDIGO: AP-CT-F-61-0
VERSION: 1
PÁGINA: 1 DE 1
FECHA: 22/05/2020

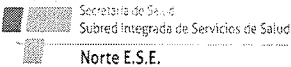
INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	No 015-2022 S.NTE
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS 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
			CLOSTER PHARMA SAS (distribuidor e importador) NIT: 83012304-2	KCI COLOMBIA SAS(distribuidor e importador) NIT: 900.894.722-1	SUPLESALUD IPS SAS (distribuidor e importador) NIT: 805029546-6
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación ó 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	CUMPLE	CUMPLE	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 APLICA	NO APLICA
	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	CUMPLE	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	CUMPLE	CUMPLE
	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.	CUMPLE- NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE	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 APLICA	NO APLICA
	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	CUMPLE
	8. Fichas Técnicas: Para acreditar este requisito el proponente deberá allegar fichas técnicas por ítem de los dispositivos medicos 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	CUMPLE	CUMPLE
	9. Certificado de distribuidor: allegar certificado de distribuidor de acuerdo a la marca ofertada.	CUMPLE- NO CUMPLE- NO APLICA	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
	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	NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE
	11. Cada oferente deberá diligenciar el anexo Técnico y Económico de los ítems ofertados, para la elaboración y presentación de la oferta deberán tener en cuenta las especificaciones técnicas contenidas en el anexo técnico dado por la Subred.	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	12. Equipo en comodato: El oferente deberá allegar carta de compromiso debidamente suscrita por el Representante Legal.	CUMPLE- NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	13. 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	CUMPLE	CUMPLE
	MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS				
OBSERVACIONES:					
CLOSTER PHARMA SAS Numeral 5: no adjunta el pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecnovigilancia ante el INVIMA. Numeral 7 y 8: los ítems 1,3,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20 no cumplen con las especificaciones solicitadas. Numeral 10: el oficio de manejo de residuos no tiene fecha, recuerden que debe ser máximo a 30 días. KCI COLOMBIA SAS Numeral 5: no adjunta el pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecnovigilancia ante el INVIMA. Numeral 7 y 8: los ítems 3,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20 no cumplen con las especificaciones solicitadas. Numeral 10: el oficio de manejo de residuos no tiene fecha, recuerden que debe ser máximo a 30 días. SUPLESALUD IPS SAS: cumple.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma revisor:		GINNA LUCIA FORERO HERRERA SUPERVISOR DEL CONTRATO - LIDER DE ALMACEN GENERAL			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		ADEL MARIA PARRA PINZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO - AREA ADMINISTRATIVA			

	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		015-2022	MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR	
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS 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
			CLOSER PHARMA S.A.S	KCI COLOMBIA S.A.S.	SUPLESALUD IPS S.A.S
			NIT. 830.512.304-2	NIT. 900.894.722-1	NIT. 805.029.546-6
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:	1. 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	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:	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:	1. 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 TÉRMINO DE TRASLADO DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y CONFORME A LA INVITACIÓN A COTIZAR 015-2022, LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS.

CLOSER PHARMA S.A.S, NIT: 830.512.304-2

JURÍDICO: (CUMPLE)

SARLAFT: (NO CUMPLE)

NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: Numeral 2: Datos de la persona jurídica: No diligencia la casilla de nacionalidad (2) si no aplica colocar N/A. Numeral 4: Información financiera: En el valor de los ingresos no operacionales: se debe colocar el valor de ingresos no financieros, presentarlos mensuales. En el valor de los egresos operacionales, se debe colocar el valor de costo de ventas, gastos operacionales de administración y ventas, presentarlos mensuales, en los egresos no operacionales: se deben colocar el valor de los gastos no operacionales, igualmente presentarse mensuales. El valor de los pasivos totales, diligenciarlos conforme a los Estados financieros. Describir el concepto de ingresos no operacionales y concepto de egresos operacionales en las respectivas casillas.

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

Numeral 5: no adjunta el pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecno vigilancia ante el INVIMA.

Numeral 7 y 8: los ítems 1,3,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20 no cumplen con las especificaciones solicitadas.

Numeral 10: el oficio de manejo de residuos no tiene fecha, recuerden que debe ser máximo a 30 días.

KCI COLOMBIA S.A.S., NIT. 900.894.722-1

JURÍDICO: (NO CUMPLE)

Con el certificado de cumplimiento del pago de aportes parafiscales, se solicita al oferente realizar la corrección respecto al número de Cédula de Ciudadanía del representante legal

SARLAFT: (NO CUMPLE)

NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: Numeral 4: Información financiera: El valor de los ingresos operacionales, gastos operacionales, no coinciden con los soportes, en el valor de los gastos no operacionales se debe registrar valor de los otros gastos, y el concepto; de igual manera los valores se deben expresar conforme el tipo de cifras registradas en los soportes presentados.

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

Numeral 5: no adjunta el pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecno vigilancia ante el INVIMA.

Numeral 7 y 8: los ítems 3,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20 no cumplen con las especificaciones solicitadas.

Numeral 10: el oficio de manejo de residuos no tiene fecha, recuerden que debe ser máximo a 30 días.

SUPLESALUD IPS S.A.S, 805.029.546-6

JURÍDICO: (CUMPLE)

SARLAFT: (NO CUMPLE)

NO CUMPLE con la verificación SARLAFT. Formulario de cliente o contraparte empresa: 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. No presenta documento de composición societaria.

TÉCNICO: (CUMPLE)

ELABORADO

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

Adriana Paola Puerta Florez
Profesional Administrativo II - Dirección de Contratación

