

 Ministerio de Salud Superintendencia de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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 3
		FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	054-2018
--------------------	----------

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

Objeto a contratar	IMPLANTE COCLEAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASI CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
---------------------------	--

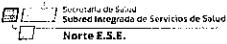
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AUDIOSALUD INTEGRAL LTDA. Nº. NIT: 900.202.290-1	MEDIHUMANA COLOMBIA S.A. No. NIT: 830.055.758-7	No. NIT:
		(NA)			
	1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).	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:
	2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).	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. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	4. REGISTRO ÚNICO DE PROponentES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple Observación: La renovación del RUP, se debe realizar a partir del 1 de enero a más tardar al 5 habi del mes de abril de cada año de conformidad con el numeral 2.3 del artículo 2.2.1.1.3.2 de decreto 1082 de 2015	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:

Objeto a contratar	IMPLANTE COCLEAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIFOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASI CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
---------------------------	--

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

1. HABILITANTES JURÍDICOS	7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. 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:
	9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. 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:
	10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL. 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:
	11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. 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:
	12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).	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:
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KELLY JOHANNA ANGEL DEVIA - OFICINA DE CONTRATACIÓN <i>Angel</i>			

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

INFORMACIÓN DEL PROCESO

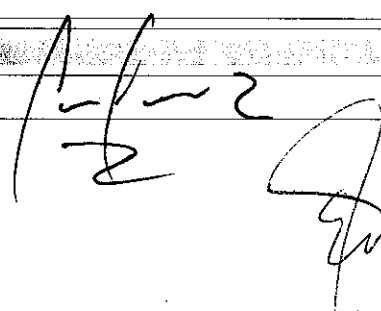
Proceso No.	054-2018
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos
Objeto a contratar	IMPLANTE COCLEAR PARA TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACIÓN DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASÍ CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y GENERALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

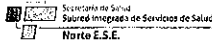
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
				Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
				MEDIHUMANA COLOMBIA S.A	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
				No. NIT:830.107.903-8	No. NIT:	No. NIT:
4. ECONÓMICOS	Valor del CDP \$43.100.000	CUMPLE / NO CUMPLE	\$39.800.000			
			CUMPLE			
ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS			CUMPLE			

OBSERVACIONES: SE INFIERE QUE LOS OFERENTES COTIZARON BAJO LAS MISMAS CONDICIONES Y LA MISMA INFORMACIÓN POR CONSIGUIENTE EL OFERENTES AUDIO SALUD INTEGRALES L.T.D.A NO SE EVALÚA ECONÓMICAMENTE TODA VEZ QUE NO CUMPLE JURÍDICAMENTE

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:	JAVIER MAURICIO PUENTES GALVIS	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS	
---	--------------------------------	-------------------------------------	---

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F-07-03		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTEE.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSION : 3		
			PAGINA : 1 DE 3		
			FECHA : 11/10/2017		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
Proceso No.		054-2018			
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		IMPLANTE COCLEAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASI CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALU NORTE E.S.E			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MEDIHUMANA	AUDIOSALUD	(Nombre del proponente)
			No. NIT:	No. NIT:	No. NIT:
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
3. TÉCNICOS (Traslada a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	CERTIFICACION FIRMADA POR REPRESENTANTE LEGAL GARANTIZANDO QUE ES MULTICANAL Y ELECTRODO DE PARED LATERAL SLIM	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	BROCHURE DEL IMPLANTE COCLEAR	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	FICHAS TECNICAS DEL IMPLANTE COCLEAR	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	REGISTRO INVIMA	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		JENNY MARCELA MUÑOZ C	REFERENTE OSTEOSINTESIS	