

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

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	064-2018
--------------------	----------

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

Objeto a contratar	SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGIA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD NORTE E.S.E.
---------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			ADVANCE MEDICAL S.A.S.	IMQUIRURGICOS S.A.S.	
			No. NIT: 900.568.432-1	No. NIT: 900.820.009-9	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 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 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	2. No Cumple Observación: No se evidencia el RIT en la documentación allegada	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:

Objeto a contratar	SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGIA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD NORTE E.S.E.
---------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

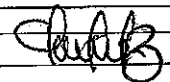
1. HABILITANTES JURÍDICOS	7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - 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:
	14. Póliza de seriedad de la oferta su cuantía no será inferior al Diez (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta días (30) contados a partir de la presentación de la oferta a favor de 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:
OBSERVACIONES:					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KELLY JOHANNA ANGEL DEVIA - OFICINA DE CONTRATACION 			

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		CODIGO : AP-CT-F07-03
			VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PAGINA : 1 DE 3
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	064-2018			
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Colaborar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos			
Objeto a contratar	SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIROGIA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A 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
			ADVANCE MEDICAL	WIGURRUCIOS	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 900518432-1	No. NIT: 900220069-9	No. NIT:
3. TÉCNICOS (Fíjese a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en las Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	HOJA DE VIDA DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	
	GUÍA DE USO RÁPIDO DE LOS EQUIPOS	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	
	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	CERTIFICADO DE CONTRATOS CON EXPERIENCIA EN ALQUILER DE ESTE TIPO DE EQUIPO BIOMÉDICO	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	REGISTRO SANITARIO INVIMA DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	
	HOJA DE VIDA DE LOS FIRANTES QUE ACOMPAÑARÁN A LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO REQUIERAN	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	EQUIPOS MODELO 2015 EN ADELANTE	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	
	CARTA DE COMPROMISO POR PARTE DEL REPRESENTANTE LEGAL A DAR RESPUESTA DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL SUPERVISOR EN UN TIEMPO INTERIOR A 12 HORAS	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					
OBSERVACIONES: El oferente Advance Medical No cumple ya que no cubre el 100 % de los equipos requeridos.					
EVALUADORES					
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:		JENNY MARCELA MUÑOZ C.	REFERENTE ORTOSINTESIS		

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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. 064-2018

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: SE REQUIERE CONTRATAR EL ALQUILER DE EQUIPOS PARA NEUROCIRUGÍA, OTORRINO Y ORTOPEDIA PARA DARLE CUMPLIMIENTO A 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
				IMQUIRURGICOS S.A.S	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
				No. NIT:900.820.009-9	No. NIT:	No. NIT:
4. ECONÓMICOS	Valor del CDP \$20.000.000	CUMPLE / NO CUMPLE	\$ 20.000.000			
			CUMPLE			
ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS			CUMPLE			

OBSERVACIONES: SE INFIERE QUE LOS OFERENTES COTIZARON BAJO LAS MISMAS CONDICIONES Y LA MISMA INFORMACIÓN EN CONSECUENCIA:
1) EL OFERENTE ADVANCE MEDICAL S.A.S NO SE EVALÚA ECONÓMICAMENTE YA QUE ESTE NO CUMPLE JURÍDICAMENTE Y TÉCNICAMENTE

EVALUADORES

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