

Proceso No. **Invitación a Cotizar 128-2018**

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**Contratar la prestación integral del servicio de Gastroenterología para el diagnóstico y tratamiento invasivo en los diferentes niveles de complejidad en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., así como las actividades de consulta e interconsulta especializada, con el fin de garantizar la complementariedad e integralidad de la atención a los usuarios de la Subred Norte E.S.E.**

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN JURIDICA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                          |              |              |                                              |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------|
| CRITERIO                              | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN               |              |              | FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1             | Proponente 2 | Proponente 3 |                                              |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | JDN MEDICAL I.P.S. S.A.S |              |              |                                              |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | NIT: 830054059-7         |              |              |                                              |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | (NA)                     |              |              |                                              |
|                                       | 1) a) Rotulación de los sobres de presentación (modelo anexo no. 1 entregado por la subred)<br>b) carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred)<br>c) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred) | Escaja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de Incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                | N.A.         | N.A.         |                                              |
|                                       | 2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)                                                                                                                                                                                                                                                            | Escaja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de Incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                | N.A.         | N.A.         |                                              |
|                                       | 3. certificado de existencia y representación legal / matrícula mercantil ( expedición no mayor a treinta (30) días)                                                                                                                                                                                                                 | Escaja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de Incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                | N.A.         | N.A.         |                                              |

Objeto a contratar

Contratar la prestación integral del servicio de Gastroenterología para el diagnóstico y tratamiento invasivo en los diferentes niveles de complejidad en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., así como las actividades de consulta e interconsulta especializada, con el fin de garantizar la complementariedad e integralidad de la atención a los usuarios de la Subred Norte E.S.E.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN JURÍDICA

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                         |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 4. Registro único de proponentes l 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| 8. 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| 9. certificado antecedentes - conulatoria 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| 10. 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |

1. HABITANTES JURÍDICOS

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | Contratar la prestación integral del servicio de Gastroenterología para el diagnóstico y tratamiento invasivo en los diferentes niveles de complejidad en los USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., así como las actividades de consulta e interconsulta especializada, con el fin de garantizar la complementariedad e integralidad de la atención a los usuarios de la Subred Norte E.S.E. |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN JURIDICA         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                      |                 |                 |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
|                                               | 11. 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 | <div>1. Cumple</div> | <div>N.A.</div> | <div>N.A.</div> |
|                                               | 12. certificación bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> | <div>N.A.</div> | <div>N.A.</div> |
|                                               | 13. póliza de seriedad de la oferta, su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta, a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> | <div>N.A.</div> | <div>N.A.</div> |
| OBSERVACIONES:                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                      |                 |                 |
| EVALUADORES                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                      |                 |                 |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurí |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional de Apoyo/ Dirección de Contratación                                             |                      |                 |                 |



|                                                                                     |                                                                                |  |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                                                |  | <b>CODIGO :</b> AP-CH-F07-03 |
|                                                                                     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |  | <b>VERSION :</b> 3           |
|                                                                                     |                                                                                |  | <b>PAGINA :</b> 1 DE 3       |
|                                                                                     |                                                                                |  | <b>FECHA :</b> 11/10/2017    |

**PROCESO No. CONVOCATORIA 128 DE 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:** CONTRATAR LA PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                  |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| CONTENIDO                                                                                                                                                                                                     |  | RECURSO HUMANO                                                | FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA | CÓMO EVALUAR | EVALUACIÓN             |                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                               |  |                                                               |                                              |              | Proponente 1           | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                                                                                                                                                                                               |  |                                                               |                                              |              | JDN MEDIAL IPS S.A.S   | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) |
|                                                                                                                                                                                                               |  |                                                               |                                              |              | No. NIT: 800.054.689-7 | No. NIT:                | No. NIT:                |
| CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                  |  | EVALUACIÓN                                                    |                                              |              |                        |                         |                         |
| Proponente 1                                                                                                                                                                                                  |  | Proponente 2                                                  |                                              | Proponente 3 |                        |                         |                         |
| JDN MEDIAL IPS S.A.S                                                                                                                                                                                          |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| A) PERSONAL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA, SERVICIO ADULTO Y PEDIÁTRICO.                                                                                                               |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| -Especialistas en el área de gastroenterología suficientes para cubrir los servicios y que permitan el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos y que poseen parte de la presente convocatoria. |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| Recurso Humano especializado suficiente para el desarrollo de consultas y procedimientos requeridos en las diferentes sedes de atención de la Subred Norte.                                                   |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| Verificación de título, Universidad reconocida como Médicos                                                                                                                                                   |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| Verificación de soporte título en cirugía general o médico interno de Universidad reconocida que contenga diploma y acta de grado y/o certificación de Ascelame.                                              |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| Verificación de soporte título en Gastroenterología otorgado por universidad reconocida (omnilingüe por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado y/o certificación de Ascelame).                       |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| Verificación de fotocopia de la tarjeta profesional expedida por la Secretaría Distrital de Salud                                                                                                             |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |
| todas las profesionales deben contar con un mínimo de un año de experiencia certificado en el ejercicio de su profesión.                                                                                      |  | verificación de hoja de vida con experiencia mínima de 1 año. |                                              |              |                        |                         |                         |
| CUMPLE                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |                                              |              |                        |                         |                         |

**Objeto de contrato:** CONTRATAR LA PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS URS QUE COMPONEN LA SIJBRED INTERGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLETITUD, ABRANGENCIA E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SIJBRED NORTE ESE.

**INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                           |                           |    |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----|------|
| Experiencia del proponente relacionada con el objeto de la contratación, la cual deberá ser demostrada por el oferente adjuntando a su propuesta certificaciones o copias de los contratos con mínimo ocho (8) años de experiencia con entidades del sector salud, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente convocatoria, nombre o razón social del contratante, objeto del contrato, fecha de iniciación del contrato, valor de liquidación del contrato, firma de persona autorizada, indicando nombre completo, cargo y número telefónico de la persona que firma la certificación.                                                                                                           | soportes de experiencia – contratos con mínimo ocho (8) años de experiencia certificada cumpliendo con los ítem evaluados | CUMPLE<br>Puntaje: 100    |    |      |
| El proponente presentará un currículum vitae firmado por el representante legal de la empresa que se compromete a dar cumplimiento a las especializaciones de oportunidad que a continuación se describen:<br>• Consulta médica especializada menor a 15 días.<br>• Interconsulta médica especializada menor a 48 horas INCLUIDOS DÍAS NO HÁBILES<br>• Considerando que la institución oferta el servicio en varias sedes, se ubicará al usuario en la sede definida para la ubicación del especialista disponible para el servicio.<br>• Procedimientos endoscópicos programados menor a 72 horas.<br>• Procedimientos endoscópicos urgentes menor a 24 horas.<br>• Procedimientos especiales menor a 72 horas. | Soporte de certificación de oportunidad                                                                                   | CUMPLE<br>Puntaje: 100    |    |      |
| valores agregados por parte del contratista Programa de capacitación y actualización relacionado con el objeto del contrato. (Cantidad, periodicidad, intensidad y consistencia de la misma).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | soporte de propuesta del contratista como valor agregado.                                                                 | CUMPLE<br>Puntaje: 100    |    |      |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Puntaje: 400                                                                                                              | Puntaje: 400              |    |      |
| VALORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                           |                           |    |      |
| Nombre, cargo y firma del proponente, cédula de ciudadanía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ASRID RODRIGUEZ - PABLO ASRID PEREZ U                                                                                     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | AC | 2025 |



Ministerio de Salud  
Autoridad Nacional de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

### EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

CODIGO : AP-CT-F-07-03

VERSION : 3

PAGINA : 1 DE 3

FECHA : 11/10/2017

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

128-2018

(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)

A. ☒ Invitación a Colizar

B. ☐ Evento Especial

C. ☐ Convocatoria Pública

D. ☐ Otros mecanismos

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E., a fin de dar cumplimiento a los postulados de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y sus Decretos reglamentarios y en ejercicio de la función misional que le compete, requiere "CONTRATAR LA PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE".

| Valor de la propuesta | Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente | JIN MEDICAL IPS SAS    |          | (Nombre del proponente) |                  |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------------------|------------------|
|                       |                                                                                                | No. NIT: 830.054.059-7 | No. NIT: | No. NIT:                |                  |
|                       |                                                                                                | \$ 120.400.000,00      |          | Puntaje Asignado        | Puntaje Asignado |
|                       |                                                                                                | N/A                    |          |                         |                  |
|                       |                                                                                                | N/A                    |          |                         |                  |

MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS

N/A

OBSERVACIONES: El servicio que oferta es a demanda y el valor ofertado es por procedimiento, siendo el presupuesto asignado para el mes de \$250.000.000 (Producto Estudio de Mercado)

Escriba la Z de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica

N/A

ENRIQUE PAEZ FALLA  
Profesional Especializado  
Dirección de Contratación - compras

24