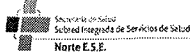
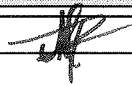
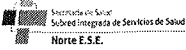
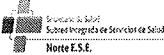
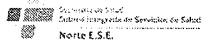


|  |                                                                                                                                           | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                      |                                                             | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020 |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                          |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                                            |                                                            |
| PROCESO No                                                                       |                                                                                                                                           | 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                                                            |                                                            |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                           |                                                                                                                                           | EVALUACIÓN DEFINITIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                                                                            |                                                            |
|                                                                                  |                                                                                                                                           | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |                                                                            |                                                            |
| OBJETO A CONTRATAR                                                               |                                                                                                                                           | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTO DE TODAS 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                                               |
|                                                                                  |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S.<br><br>NIT: 900.240.177 - 9 | FARMAPOS LTDA<br><br>NIT: 830.134.902-5                                    | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA<br><br>NIT: 17.068.260            |
|                                                                                  | 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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: |
|                                                                                  | 8. Registro Unico de Proponentes RUP, vigencia no mayor a 30 días calendarios                                                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: |
|                                                                                  | 9. 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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:  | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: |

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA                                                                                       |                                              |                                              | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01                                                                 |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                       |                                              |                                              | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 2 DE 2<br>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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                          |
|                                                                                  | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                          |
|                                                                                  | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                          |
|                                                                                  | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                          |
|                                                                                  | 13. 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>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                          |
|                                                                                  | 14. Documento de conformación de Unión Temporal (modelo anexo 4 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 | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>       | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>       | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>                                                |
|                                                                                  | 14. Poliza de seriedad de la oferta a favor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, por una suma equivalente al 10% del valor de la oferta presentada y su vigencia será de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de presentación de la oferta y/o cierre del proceso de selección. | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                          |
| OBSERVACIONES:                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                                                       |
| EVALUADORES                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                                                       |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN                                           |                                              |                                              |  |

|  |                                                                                                                                           | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                      |                                                            | CODIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA : 1 DE 2<br>FECHA: 22/052020 |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                          |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                            |                                                      |
| PROCESO No                                                                       |                                                                                                                                           | 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                                                                            |                                                      |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                           |                                                                                                                                           | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            |                                                                            |                                                      |
| OBJETO A CONTRATAR                                                               |                                                                                                                                           | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIATRICA Y UCI ADULTO DE TODAS 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 4                                               | Proponente 5                                                               | Proponente 6                                         |
|                                                                                  |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PHARMAPLUS S.A.S                                           | MEDICOX LTDA                                                               | N/A                                                  |
|                                                                                  |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NIT: 830.110.109-7                                         | NIT: 830.142.523-0                                                         | 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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>Observación: |
|                                                                                  | 8. Registro Unico de Proponentes RUP, vigencia no mayor a 30 días calendarios                                                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>Observación: |
|                                                                                  | 9. 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                                                                                                                                                                                            | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación:                 | <input type="text" value="N/A"/><br><br>Observación: |

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b>                                                                                |                                              |                                              | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1    |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                       |                                              |                                              | PÁGINA: 2 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020    |
| <b>HABILITANTES JURÍDICOS</b>                                                    | <b>9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                                                                                                                                                                     | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                  | <b>10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                                                                                                                                                                                                | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                  | <b>11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                                                                                                                                                                                                            | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                  | <b>12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.</b>                                                                                                                                                                         | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                  | <b>13. Certificación Bancaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                  | <b>14. Documento de conformación de Unión Temporal (modelo anexo 4 entregado por la Subred Norte ESE)</b>                                                                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>       | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>       | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                  | <b>14. Poliza de seriedad de la oferta a favor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, por una suma equivalente al 10% del valor de la oferta presentada y su vigencia será de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de presentación de la oferta y/o cierre del proceso de selección.</b> | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                        |
| <b>EVALUADORES</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                        |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN                                           |                                              |                                              |                                        |

|                                                                                   |                                                                                  |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                                                  | CODIGO : AP-CT-F-07-03                |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | VERSION : 3                           |
|                                                                                   |                                                                                  | PAGINA : 1 DE 1<br>FECHA : 11/10/2017 |

|                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b> |                                   |
| Proceso No.                    | INVITACION A COTIZAR No.008- 2022 |

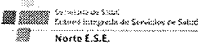
|           |                                                          |                                                             |                                             |                                                  |                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Modalidad | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) | A. <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar | B. <input type="checkbox"/> Evento Especial | C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública | D. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos |
|-----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTOS DE TODAS 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                                                                          |
|                              |                                                                                     |                                                                                 | LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS                                                         | FARMA POS LTDA                                                                       | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA                                                              |
|                              |                                                                                     |                                                                                 | No. NIT:<br>900240177-9                                                              | No. NIT:<br>830134902-5                                                              | No. NIT:<br>17068260-3                                                                |
| HABILITANTES FINANCIEROS     | Presentación de la totalidad de documentos solicitados                              | 1. Doc. de Identif. Contador Público<br>2. Tarjeta Profesional Contador Público | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:                               | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:                               | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:                                |
|                              | Índice de liquidez<br>Mayor o Igual a 1.5                                           | IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE                                                    | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: 2.05            | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: 1.76            | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: 6.53             |
|                              | Nivel de Endeudamiento<br>Menor o Igual a 0.60                                      | NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL                                                | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: 0.51            | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: 0.54            | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: 0.16             |
|                              | Capital de Trabajo<br>Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso | CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE                                                    | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: \$8.252.801.000 | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: \$6.109.749.191 | <input type="text" value="1. CUMPLE"/><br>Observación:<br>Resultado: \$61.165.399.595 |

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

| <b>EVALUADORES</b>                                   |                                 |                                    |                                                                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero: | CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ | PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD |  |

|                                                                                   |                                                                                   |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                                                   |  | CODIGO : AP-CT-F-07-03 |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |  | VERSION : 3            |
|                                                                                   |                                                                                   |  | PAGINA : 1 DE 1        |
|                                                                                   |                                                                                   |  | FECHA : 11/10/2017     |

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| Proceso No. | INVITACION A COTIZAR No.008- 2022 |
|-------------|-----------------------------------|

|           |                                                          |                                                             |                                             |                                                  |                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Modalidad | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) | A. <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar | B. <input type="checkbox"/> Evento Especial | C. <input type="checkbox"/> Convocatoria Pública | D. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos |
|-----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTOS DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                 |                                                                                     | DESCRIPCIÓN                                                                     | CÓMO EVALUAR | EVALUACIÓN                                              |                                                         |                                       |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                          |                                                                                     |                                                                                 |              | Proponente 4                                            | Proponente 5                                            | Proponente 6                          |
|                          |                                                                                     |                                                                                 |              | PHARMA PLUS S.A.S                                       | MEDICOX LTDA                                            |                                       |
| HABILITANTES FINANCIEROS |                                                                                     |                                                                                 |              | No. NIT:<br>830110109-7                                 | No. NIT:<br>830142523-0                                 | No. NIT:                              |
|                          | Presentación de la totalidad de documentos solicitados                              | 1. Doc. de Identif. Contador Público<br>2. Tarjeta Profesional Contador Público |              | 1. CUMPLE<br>Observación:                               | 1. CUMPLE<br>Observación:                               | N.A.<br>Observación:                  |
|                          | Índice de Ilquidez<br>Mayor o Igual a 1.5                                           | IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE                                                    |              | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 2.05            | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 2.52            | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:    |
|                          | Nivel de Endeudamiento<br>Menor o Igual a 0.60                                      | NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL                                                |              | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 0.43            | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 0.41            | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:    |
|                          | Capital de Trabajo<br>Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso | CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE                                                    |              | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: \$4.812.412.654 | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: \$6.859.004.000 | N.A.<br>Observación:<br>Resultado: \$ |

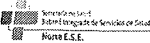
OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

**EVALUADORES**

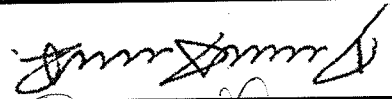
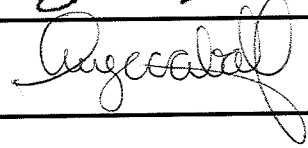
|                                                      |                                 |                                    |                                                                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero: | CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ | PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD |  |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

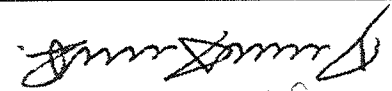
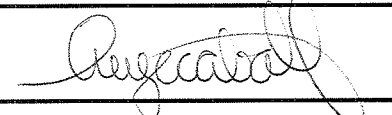


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>SUBSANACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                      | CÓDIGO: AP-CT-F-60-01<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020 |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| PROCESO No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CÓMO EVALUAR                                                               | Proponente 1                                                                            | Proponente 2                                        | Proponente 3                                                       | Proponente 4                                                                          | Proponente 5                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            | LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS NIT 900240177-9                                            | FARMAPOS LTDA NIT 830134902-5                       | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA /DEPOSITO DE DROGAS BOYACA NIT 17068260-3 | PHARMAPLUS SAS NIT 830110109-7                                                        | MEDICOX LTDA NIT 830142523-0                        |
| <b>3. HABILITANTES SARLAFT</b><br>(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                                                         | CUMPLE                                                                                  | CUMPLE                                              | CUMPLE                                                             | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Información financiera                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUMPLE / NO CUMPLE                                                         | CUMPLE                                                                                  | CUMPLE                                              | CUMPLE                                                             | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fotocopia RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE / NO CUMPLE                                                         | CUMPLE                                                                                  | CUMPLE                                              | CUMPLE                                                             | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fotocopia Cedula de Ciudadanía/ Cedula de Extranjería Representante legal                                                                                                                                                                                                                                          | CUMPLE / NO CUMPLE                                                         | CUMPLE                                                                                  | CUMPLE                                              | CUMPLE                                                             | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fotocopia Declaración de Renta                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CUMPLE / NO CUMPLE                                                         | CUMPLE                                                                                  | CUMPLE                                              | CUMPLE                                                             | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Documento composición accionaria/ Societaria                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE / NO CUMPLE                                                         | CUMPLE                                                                                  | CUMPLE                                              | CUMPLE                                                             | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE / NO CUMPLE                                                         | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.367                                     | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.367 | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.367                | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.367                                   | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS CONSULTA No.367 |
| <b>OBSERVACIONES:</b> 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 DOCUMENTACIÓN EXIGIDA PARA LA EVALUACIÓN. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| *Proponente 1: La empresa: LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS NIT 900240177-9 PRESENTA SUBSANACION Y CUMPLE con la verificación SARLAFT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| *Proponente 2: La empresa: FARMAPOS LTDA NIT 830134902-5 PRESENTA SUBSANACION Y CUMPLE con la verificación SARLAFT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| *Proponente 3: La empresa: RAFAEL ANTONIO SALAMANCA /DEPOSITO DE DROGAS BOYACA NIT 17068260-3 CUMPLE con la verificación SARLAFT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| *Proponente 4: La empresa: PHARMAPLUS SAS NIT 830110109-7 PRESENTA SUBSANACION Y CUMPLE con la verificación SARLAFT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| *Proponente 5: La empresa: MEDICOX LTDA NIT 830142523-0 PRESENTA SUBSANACION Y CUMPLE con la verificación SARLAFT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| *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.                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                         |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            | LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA/ ASESORA DE GERENCIA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL    |                                                     |                                                                    |  |                                                     |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            | ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA: 22/03/2022 |                                                     |                                                                    |                                                                                       |                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    | CÓDIGO: AP-CT-F-61-01                             |                                         |                                 |                             |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020 |                                         |                                 |                             |                              |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| PROCESO No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 008-2022 S.NTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ENUMERE Y COLOQUE LOS PUNTOS TÉCNICOS A EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CÓMO EVALUAR       | EVALUACIÓN TÉCNICA                                |                                         |                                 |                             |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    | Proponente 1                                      | Proponente 2                            | Proponente 3                    | Proponente 4                | Proponente 5                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    | LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S<br>900240177-9     | DEPOSITO DE DROGAS BOYACÁ<br>17068260-3 | PHARMAPLUS S.A.S<br>830110109-7 | MEDICOX LTDA<br>830142523-0 | FARMAPOS LTDA<br>830134902-5 |
| <b>TÉCNICOS</b><br>(Traslado a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR FICHA TÉCNICA Y REGISTRO SANITARIO INVIMA VIGENTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS A COTIZAR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                            | CUMPLE                                  | CUMPLE                          | CUMPLE                      | CUMPLE                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2. LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR CONCEPTO HIGIÉNICO SANITARIO FAVORABLE VIGENTE EXPEDIDO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                            | CUMPLE                                  | CUMPLE                          | CUMPLE                      | CUMPLE                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3. LOS OFERENTES DEBERÁN PRESENTAR LA INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA AL INVIMA, DANDO CUMPLIMIENTO AL DECRETO 677 DE 1995 ARTÍCULO 146 Y RESOLUCIÓN 2004009455 DE 2004 ARTÍCULO 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                            | CUMPLE                                  | CUMPLE                          | NO CUMPLE                   | CUMPLE                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4. 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. | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                            | CUMPLE                                  | CUMPLE                          | CUMPLE                      | CUMPLE                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br>Depósito de Drogas Boyacá:<br>El oferente Drogas Boyacá subsana los numerales 1 y 3, allega documentación requerida.<br>PHarmaplus SAS<br>El oferente Pharmaplus SAS subsana los numerales 1 y 3, allega documentación requerida.<br>Medicox LTDA<br>El oferente Medicox LTDA subsana los numerales 1 y 2, allega documentación requerida.<br>El oferente Medicox no allega documentación solicitada en el numeral 3. Allega oficio de tecnovigilancia y no certificado de inscripción al programa de Farmacovigilancia.<br>FarmaPOS LTDA<br>El oferente FarmaPOS LTDA subsana los numerales 1 y 3, allega documentación requerida. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| EVALUADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ivan Dario Ochoa Pelaez.<br>Director Servicios Complementarios<br>Marzo 18 de 2022<br><br>Angela Maria Cabal Perez.<br>Profesional Unil.<br>ND. Marzo 18 de 2022<br><br>Maria del Rosario Alba Rojas.<br>Nutricionista.<br>Marzo 18 de 2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                   |                                         |                                 |                             |                              |



|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 | CÓDIGO: AP-CT-F-58-01                             |                                                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020 |                                                                                       |                          |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| PROCESO No                                                                                                                                                      | No. 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                          | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                              | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| CRITERIO                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CÓMO EVALUAR                                                    | EVALUACIÓN ECONÓMICA                              |                                                                                       |                          |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 | Proponente 1                                      | Proponente 2                                                                          | Proponente 3             |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 | LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS                      | FARMAPOS LTDA                                                                         | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA |
| 5. ECONÓMICOS                                                                                                                                                   | PRESENTA PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR                                                                                                                                                                                                 |                                                                 | CUMPLE                                            | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                   |
|                                                                                                                                                                 | LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | CUMPLE                                            | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                   |
|                                                                                                                                                                 | LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | CUMPLE                                            | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                   |
|                                                                                                                                                                 | LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | CUMPLE                                            | CUMPLE                                                                                | CUMPLE                   |
|                                                                                                                                                                 | VALOR DE LA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 | \$ 503.959                                        | \$ 2.140.391                                                                          | \$ 2.358.325             |
|                                                                                                                                                                 | MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | Puntaje Asignado                                  | Puntaje Asignado                                                                      | Puntaje Asignado         |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| EVALUADORES                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                   |                                                                                       |                          |
| Nombre y firma Evaluador criterio Económico:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Daniel Alejandro Perea Muñoz - Profesional Especializado        |                                                   |  |                          |
| Nombre y firma Evaluador criterio Económico:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Angela Maria Cabal Perez - Profesional Universitario Area Salud |                                                   |  |                          |

|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CÓDIGO: AP-CT-F-58-01                                                                 |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020                                     |                  |  |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                  |  |
| PROCESO No                                                                                                                                                      |                                                                                                                    | No. 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |                  |  |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                          |                                                                                                                    | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |                  |  |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                              |                                                                                                                    | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                                       |                  |  |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                  |  |
| CRITERIO                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN                                                                                                        | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | EVALUACIÓN ECONÓMICA                                                                  |                  |  |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Proponente 4<br>PHARMAPLUS SAS                                                        |                  |  |
| 5. ECONÓMICOS                                                                                                                                                   | PRESENTA PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                                                                |                  |  |
|                                                                                                                                                                 | LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                                                                |                  |  |
|                                                                                                                                                                 | LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                                                                |                  |  |
|                                                                                                                                                                 | LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE                                                                                |                  |  |
|                                                                                                                                                                 | VALOR DE LA PROPUESTA                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 639.860                                                                            |                  |  |
|                                                                                                                                                                 | MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS                                                                  | Puntaje Asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Puntaje Asignado                                                                      | Puntaje Asignado |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                  |  |
| EVALUADORES                                                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:                                                                                                             |                                                                                                                    | Daniel Alejandro Perea Muñoz - Profesional Especializado                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:                                                                                                             |                                                                                                                    | Angela Maria Cabal Perez - Profesional Universitario Area Salud                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                  |  |

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
IC-008-2022

SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTEHALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIATRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SU BREO INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

OFERTA ECONOMICA DE LOS PROPONENTES HABILITADOS

| ITEM | CODIGO SERVIENTE | NOMBRE / DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                        | CANTIDAD  | UNIDAD DE MEDIDA | Proponente               | 1                            | 2             | 3                        | 4              | VALOR MENOR OFERTA | Proponente Menor Valor       |
|------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|--------------------------|------------------------------|---------------|--------------------------|----------------|--------------------|------------------------------|
|      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                  | PROMEDIO CONSUMO MENSUAL | LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS | FARMAPOS LTDA | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA | PHARMAPLUS SAS |                    |                              |
| 1    | N/A              | ALIMENTO A BASE DE PROTEINAS, VITAMINAS Y MINERALES DE USO ESPECIAL LACTEO EN POLVO PARA REHABILITACION NUTRICIONAL EN FASE INICIAL DE DESNUTRICION SEVERA AGUDA TARRO X 400 GR                                                                                             | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 10                       |                              | \$ 47.802     | \$ 48.333                | \$ 37.658      | \$ 37.658          | PHARMAPLUS SAS               |
| 2    | N/A              | ALIMENTO LIQUIDO PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIALES, COMPLETO Y BALANCEADO, PARA PACIENTES QUE REQUIEREN NUTRICION ENTERAL POR Sonda A CORTO O LARGO PLAZO - FRASCO X 220 ML                                                                                                | A DEMANDA | FRASCO X 220 ML  | 240                      |                              | \$ 6.600      | \$ 6.921                 | \$ 7.000       | \$ 6.600           | FARMAPOS LTDA                |
| 3    | N/A              | ALIMENTO PARA USOS ESPECIALES PARA MANEJO NUTRICIONAL DEL LACTANTE Y NIÑOS DE 1 A 10 AÑOS CON IRC LATA X 400 GRS                                                                                                                                                            | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 2                        |                              | \$ 289.161    | \$ 41.470                | \$ 27.164      | \$ 27.164          | PHARMAPLUS SAS               |
| 4    | N/A              | ALIMENTO PARA USOS NUTRICIONALES ESPECIALES CON ALTO CONTENIDO DE GRASA Y BAJO CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS, PARA EL MANEJO NUTRICIONAL EN AQUELLAS SITUACIONES DONDE ESTÁ INDICADA UNA DIETA CETOGÉNICA, COMO LA EPILEPSIA REFRACTARIA A MEDICAMENTOS LATA X 300 GR          | A DEMANDA | LATA X 300 GRS   | 2                        |                              | \$ 622.452    | \$ 643.200               |                | \$ 622.452         | FARMAPOS LTDA                |
| 5    | N/A              | COMPLEMENTO NUTRICIONAL INSTANTÁNEO, A BASE DE MALTODEXTRINA OBTENIDA A PARTIR DE LA HIDRÓLISIS DEL ALMIDÓN DE MAÍZ LATA X 450 G                                                                                                                                            | A DEMANDA | LATA X 450 GRS   | 4                        |                              | \$ 21.777     | \$ 22.019                | \$ 22.015      | \$ 21.777          | FARMAPOS LTDA                |
| 6    | N/A              | FÓRMULA MONOMÉRICA EN POLVO NO LACTEA, CON AMINOÁCIDOS LIBRES 100% SINTÉTICOS, SIN LACTOSA Y TRIGLICÉRIDOS DE CADENA MEDIA PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 0 A 12 MESES CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA, ALERGIAS ALIMENTARIA MULTIPLE LATA X 400 GRS | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 2                        |                              | \$ 98.361     | \$ 179.625               |                | \$ 98.361          | FARMAPOS LTDA                |
| 7    | N/A              | FORMULA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA PARA LACTANTES CON INTOLERANCIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA. LATA X 400 GRS                                                                                                                                                             | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 4                        |                              | \$ 48.774     | \$ 50.400                | \$ 74.045      | \$ 48.774          | FARMAPOS LTDA                |
| 8    | N/A              | FORMULA LIQUIDA HIPERPROTEICA 1.5 CAL PARA PACIENTE DIABETICO LIBRE DE GLUTEN Y LACTOSA CON CARBOHIDRATOS DE BAJO INDICE GUCEMICO, PARA NUTRICION ENTERAL FRASCO X 200 ML                                                                                                   | A DEMANDA | FRASCO X 200 ML  | 144                      |                              | \$ 8.639      | \$ 6.580                 |                | \$ 6.580           | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA     |
| 9    | N/A              | FORMULA TERAPEUTICA LISTA PARA CONSUMIR A BASE DE MANI Y LIPIDOS CON VITAMINAS Y MINERALES PARA REHABILITACION NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DESNUTRICION AGUDA SEVERA SOBRE X 92 GRS                                                                                        | A DEMANDA | SOBRE X 92 GRS   | 150                      |                              | \$ 5.754      | \$ 5.818                 |                | \$ 5.754           | FARMAPOS LTDA                |
| 10   | N/A              | ALIMENTO DE USO ESPECIAL CON HMB, ARGININA Y GLUTAMINA PARA PERSONAS CON HERIDAS DE DIFICIL CICATRIZACION SOBRE X 24 GRS                                                                                                                                                    | A DEMANDA | SOBRE X 24 GRA   | 50                       | \$ 22.493                    | \$ 15.957     | \$ 16.050                | \$ 15.750      | \$ 15.750          | PHARMAPLUS SAS               |
| 11   | N/A              | ALIMENTO POLIMERICO, HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO A BASE DE PROTEINA DE SUERO DE LECHE CON MALTODEXTRINA, VITAMINAS Y MINERALES PARA MAYORES DE 14 AÑOS CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SECUNDARIA A SITUACIONES CLINICAS HIPERMETABOLICAS.                              | A DEMANDA | LATA X 460 GRS   | 20                       |                              | \$ 46.350     | \$ 46.053                |                | \$ 46.053          | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA     |
| 12   | N/A              | FORMULA LACTEA PARA DEFICIT DE CRECIMIENTO PARA MENORES DE 1 AÑO LATA X 400 GRS.                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 24                       |                              | \$ 65.148     | \$ 67.320                | \$ 33.249      | \$ 33.249          | PHARMAPLUS SAS               |
| 13   | N/A              | FORMULA NUTRICIONAL COMPLETA DE BAJO CONTENIDA LIPIDICO A BASE DE PROTEINAS DE SUERO DE LECHE DE VACA SUPLEMENTADA CON AMINOACIDOS HIDRATOS DE CARBONO VITAMINAS MINERALES Y OLIGOELEMENTOS LATA X 400 GRS                                                                  | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 2                        |                              | \$ 213.677    | \$ 441.600               |                | \$ 213.677         | FARMAPOS LTDA                |
| 14   | N/A              | FORMULA POLIMERICA ESPECIAL PARA ADULTOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA LATA X 420 GRS                                                                                                                                                                         | A DEMANDA | LATA X 420 GRS   | 8                        | \$ 10.356                    | \$ 37.100     | \$ 36.863                |                | \$ 10.356          | LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS |
| 15   | N/A              | FORMULA INFANTIL LIQUIDA CON PROTEINA PARCIALMENTE HIDROLIZADA PARA LACTANTES PREMATUROS DE BAJO PESO AL NACER 24 KCal X 2 ONZAS                                                                                                                                            | A DEMANDA | BOTELLA X 59 CC  | 72                       |                              | \$ 995        |                          |                | \$ 995             | FARMAPOS LTDA                |
| 16   | N/A              | FORMULA POLIMERICA PARA PERSONAS CON DIABETES O HIPERGLUCEMIA CON AISLADO PURO DE PROTEINA DE SUERO LATA X 400 GR                                                                                                                                                           | A DEMANDA | LATA X 400 GRS   | 8                        |                              | \$ 34.370     | \$ 34.149                | \$ 34.965      | \$ 34.149          | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA     |
| 17   | N/A              | ALIMENTO A BASE PROTEINAS, VITAMINAS Y MINERALES PARA NIÑOS ENTRE 1 A 14 AÑOS LATA X 8 ONZAS                                                                                                                                                                                | A DEMANDA | RPV X 220 CC     | 120                      | \$ 6.092                     | \$ 5.621      | \$ 5.654                 | \$ 5.548       | \$ 5.548           | PHARMAPLUS SAS               |
| 18   | N/A              | ALIMENTO COMPLETO BAJO EN CARBOHIDRATOS POR FRASCO X 237 CC                                                                                                                                                                                                                 | A DEMANDA | FRASCO X 237 CC  | 144                      | \$ 9.138                     | \$ 6.600      | \$ 6.921                 | \$ 6.791       | \$ 6.600           | FARMAPOS LTDA                |
| 19   | N/A              | ALIMENTO COMPLETO DENSAMENTE CALORICO PARA USO ESPECIAL EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS CON REQUERIMIENTOS ENERGETICOS ELEVADOS Y/O RESTRICCION DE VOLUMEN LPC X 500 ML                                                                                                             | A DEMANDA | LPC X 500 CC     | 24                       |                              | \$ 12.846     | \$ 12.921                | \$ 20.606      | \$ 12.846          | FARMAPOS LTDA                |
| 20   | N/A              | ALIMENTO COMPLETO Y BALANCEADO PARA ALTO REQUERIMIENTO DE ENERGIA Y PROTEINA LPC X 1500 ML                                                                                                                                                                                  | A DEMANDA | LPC X 1500 CC    | 60                       |                              | \$ 41.143     | \$ 41.381                | \$ 40.608      | \$ 40.608          | PHARMAPLUS SAS               |
| 21   | N/A              | ALIMENTO CON REQUERIMIENTOS AUMENTADOS DE CALORIAS Y NITROGENO LPC X 1000 ML                                                                                                                                                                                                | A DEMANDA | LPC X 1000 CC    | 60                       | \$ 42.490                    | \$ 26.796     | \$ 35.721                | \$ 26.447      | \$ 26.447          | PHARMAPLUS SAS               |
| 22   | N/A              | ALIMENTO DE USO ESPECIAL COMPLETO, SEMIELEMENTAL, HIPERCALORICO, BASADO EN PEPTIDOS, CON TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA PARA PERSONAS CON FUNCION GASTROINTESTINAL DETERIORADA 1,5 KCal LPC X 1000 CC                                                                        | A DEMANDA | LPC X 1000 CC    | 40                       | \$ 111.491                   | \$ 57.447     | \$ 57.780                | \$ 56.700      | \$ 56.700          | PHARMAPLUS SAS               |
| 23   | N/A              | ALIMENTO HIPERPROTEICO DENSAMENTE CALORICO PARA USO ESPECIAL EN PACIENTES CON RESTRICCION DE VOLUMENX 125 ML                                                                                                                                                                | A DEMANDA | FRASCO X 125 CC  | 144                      | \$ 7.493                     | \$ 5.918      | \$ 6.206                 | \$ 6.090       | \$ 5.918           | FARMAPOS LTDA                |
| 24   | N/A              | ALIMENTO PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ESTADO 5 DIALISIS 237 ML                                                                                                                                                           | A DEMANDA | FRASCO X 237 CC  | 40                       |                              | \$ 6.144      | \$ 6.179                 | \$ 6.064       | \$ 6.064           | PHARMAPLUS SAS               |
| 25   | N/A              | FORMULA CON HIERRO PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O LACTANTES CON BAJO PESO AL NACER LATA X 370 G G                                                                                                                                                                            | A DEMANDA | LATA X 370 GRS   | 72                       |                              | \$ 37.532     | \$ 37.750                | \$ 38.808      | \$ 37.532          | FARMAPOS LTDA                |
| 26   | N/A              | FORMULA INFANTIL CON HIERRO SIN LACTOSA PARA LACTANTE 0 A 12 MESES LATA X 375 GR                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA | LATA X 375 GRS   | 12                       |                              | \$ 34.132     | \$ 34.330                | \$ 35.292      | \$ 34.132          | FARMAPOS LTDA                |
| 27   | N/A              | FORMULA INFANTIL CON HIERRO Y ACIDOS GRASOS POLINSATURADOS DE CADENA LARGA PARA LACTANTES PREMATUROS DE BAJO PESO AL NACER 24 KCal FRASCO X 2 ONZAS SUSPENSION ORAL                                                                                                         | A DEMANDA | FRASCO X 2 ONZAS | 7200                     |                              | \$ 995        |                          |                | \$ 995             | FARMAPOS LTDA                |
| 28   | N/A              | FORMULA LACTEA PARA PREMATUROS LIQUIDA DE 30 KCal, FRASCO X 2 ONZAS                                                                                                                                                                                                         | A DEMANDA | FRASCO X 2 ONZAS | 2880                     |                              | \$ 1.076      |                          |                | \$ 1.076           | FARMAPOS LTDA                |
| 29   | N/A              | FORMULA NUTRICIONAL ESPECIAL ALTO EN ENERGIA CON CARBOHIDRATOS MODIFICADOS BAJO EN PROTEINA Y ELECTROLITOS PARA PERSONAS CON NEFROPATIA CRONICA CON SIGNOS O RIESGO DE MALNUTRICION 2.0 CAL/ ML FRASCO X 200 CC                                                             | A DEMANDA | FRASCO X 200ML   | 144                      |                              | \$ 12.263     | \$ 12.181                |                | \$ 12.181          | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA     |

|    |     |                                                                                                                                                                                                              |           |                       |      |            |           |           |           |           |                          |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------|
| 30 | N/A | FORMULA POLIMERICA ALTA EN CALORIAS CON PROTEINA DE 2 CALORIAS / ML , ALTA EN PROTEINA 20% VALOR CALORICO TOTAL . BOTELLA X 200 CC                                                                           | A DEMANDA | FRASCO X 200CC        | 48   |            | \$ 8.133  | \$ 6.581  |           | \$ 6.581  | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA |
| 31 | N/A | FORMULA POLIMERICA ESPECIAL BAJA EN CARBOHIDRATOS 1.0 CAL/ ML LPC X 1.500 CC                                                                                                                                 | A DEMANDA | LPC X 1500CC          | 120  | \$ 55.910  | \$ 46.052 | \$ 48.290 | \$ 47.388 | \$ 46.052 | FARMAPOS LTDA            |
| 32 | N/A | FORTIFICADORES DE LECHE MATERNA LIQUIDOS VIAL X 5 CC                                                                                                                                                         | A DEMANDA | VIAL X 5 CC           | 2000 |            |           |           |           |           | ITEM DESIERTO            |
| 33 | N/A | NUTRICION ESPECIALIZADA CON ARGININA PARA PACIENTES CON ESTRÉS METABOLICO LPC X 1000 CC                                                                                                                      | A DEMANDA | LPC X 1000 CC         | 60   | \$ 212.775 | \$ 50.601 | \$ 50.895 | \$ 49.943 | \$ 49.943 | PHARMAPLUS SAS           |
| 34 | N/A | ALIMENTO EN POLVO DE USO ESPECIAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL EN ESTADIOS 1,2,3,4 LIBRE DE AZUCAR AÑADIDO, A BASE DE PROTEINA AISLADA DE SOYA Y WHEY. LATA X 400 GRS                                    | A DEMANDA | LATA X 460 GRS        | 8    |            | \$ 33.847 | \$ 48.070 |           | \$ 33.847 | FARMAPOS LTDA            |
| 35 | N/A | ALIMENTO A BASE DE ARGININA, GLUTAMINA, PROTEINA Y VITAMINAS PARA REGÍMENES ESPECIALES SOBRES DE 27 GRAMOS                                                                                                   | A DEMANDA | SOBRE X 27 GRS        | 30   |            | \$ 26.951 | \$ 34.068 |           | \$ 26.951 | FARMAPOS LTDA            |
| 36 | N/A | ALIMENTO CON BASE EN AISLADO DE PROTEINA DE SUERO CON AMINOÁCIDOS ESENCIALES Y NO ESENCIALES, MÁS MALTODEXTRINA, ÁCIDOS GRASOS VEGETALES, FRUTOOLIGOSACARIDOS, VITAMINAS Y MINERALES SOBRE X 131 GRS         | A DEMANDA | SOBRE X 131 GRS       | 30   |            |           | \$ 80.858 |           | \$ 80.858 | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA |
| 37 | N/A | FORMULA CON GLUTAMINA Y LACTOBASILO REUTERI SOBRE X 15 GRS POLVO PARA SUSPENSION ORAL SOBRE X 15 GRS                                                                                                         | A DEMANDA | SOBRE X 15 GRS        | 30   |            | \$ 20.859 | \$ 35.948 |           | \$ 20.859 | FARMAPOS LTDA            |
| 38 | N/A | SUPLEMENTO DE AMINOÁCIDOS Y CALORÍAS RECOMENDADO PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA. POLVO PARA RECONSTRUIR . SOBRE X 110 GRS                                           | A DEMANDA | SOBRE X 110 GRS       | 20   |            | \$ 59.756 | \$ 57.470 |           | \$ 57.470 | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA |
| 39 | N/A | ALIMENTO EN POLVO DE USO ESPECIAL EN PERSONAS CON PERDIDAS DE TEJIDOS CORPORALES, DESNUTRICION PROTEICO ENERGETICA Y PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA, A BASE DE PROTEINA AISLADA DE SOYA Y WHEY. LATA X 400 GRS | A DEMANDA | LATA X 400 GRS        | 12   |            | \$ 34.963 | \$ 44.522 |           | \$ 34.963 | FARMAPOS LTDA            |
| 40 | N/A | ALIMENTO PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ESTADO 3 Y 4 FRASCO X 237 CC                                                                                        | A DEMANDA | FRASCO X 237 CC       | 144  |            | \$ 12.229 | \$ 12.299 | \$ 12.070 | \$ 12.070 | PHARMAPLUS SAS           |
| 41 | N/A | ALIMENTO DE USO ESPECIAL COMPLETO, SEMIELEMENTAL, HIPERCALORICO, BASADO EN PEPTIDOS , CON TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA PARA PERSONAS CON FUNCION GASTROINTESTINAL DETERIORADA 1,5 KCAL FRASCO X 220 CC      | A DEMANDA | FRASCO X 220 CC       | 60   | \$ 25.721  | \$ 12.660 | \$ 12.733 | \$ 12.495 | \$ 12.495 | PHARMAPLUS SAS           |
| 42 | N/A | FORMULA LACTEA PAR EL MANEJO DEL REFLUJO REGURGITACION EN LACTANTES DE DE 0 A 12 MESES. LATA DE 375 A 400 GRS                                                                                                | A DEMANDA | LATA DE 375 A 400 GRS | 6    |            | \$ 22.910 | \$ 23.164 | \$ 23.164 | \$ 22.910 | FARMAPOS LTDA            |

\$ 503.959    \$ 2.140.391    \$ 2.358.325    \$ 639.860

Nombre y firma Evaluador criterio Económico:

Daniel Alejandro Peña Muñoz  
Profesional Especializado

Angela María Cabal Pérez  
Profesional Universitario Area Salud

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
IC-008-2022

SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTEHALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIATRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

**OFERTA ECONOMICA DE LOS PROPONENTES**

Una vez revisado los requisitos habilitantes de cada proponente, se establecen las propuestas habilitadas para la revisión de formatos y validación de puntaje de la Oferta Económica

|   | PROponentes                  | OFERTA ECONOMICA | REQUISITOS HABILITANTES |           |           |         |
|---|------------------------------|------------------|-------------------------|-----------|-----------|---------|
|   |                              | VALOR OFERTA     | FINANCIEROS             | TECNICOS  | JURIDICOS | SARLAFT |
| 1 | LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS | \$ 503.959       | CUMPLE                  | CUMPLE    | CUMPLE    | CUMPLE  |
| 2 | FARMAPOS LTDA                | \$ 2.140.391     | CUMPLE                  | CUMPLE    | CUMPLE    | CUMPLE  |
| 3 | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA     | \$ 2.358.325     | CUMPLE                  | CUMPLE    | CUMPLE    | CUMPLE  |
| 4 | PHARMAPLUS SAS               | \$ 639.860       | CUMPLE                  | CUMPLE    | CUMPLE    | CUMPLE  |
| 5 | MEDICOX LTDA                 | \$ 130.688       | CUMPLE                  | NO CUMPLE | CUMPLE    | CUMPLE  |

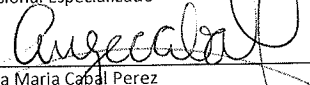
VERIFICACIÓN DE PROPUESTA

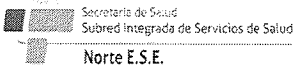
**PRESUPUESTO OFICIAL** \$ 160.000.000

|   | PRESENTACIÓN FORMATO DE OFERTA CORRECTAMENTE | ACEPTA LA FORMA DE PAGO A 90 DIAS | NO SUPERE EL VALOR DEL PRESUPUESTO OFICIAL | PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL | OBSERVACIONES |
|---|----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| 1 | CUMPLE                                       | CUMPLE                            | CUMPLE                                     | CUMPLE                                                |               |
| 2 | CUMPLE                                       | CUMPLE                            | CUMPLE                                     | CUMPLE                                                |               |
| 3 | CUMPLE                                       | CUMPLE                            | CUMPLE                                     | CUMPLE                                                |               |
| 4 | CUMPLE                                       | CUMPLE                            | CUMPLE                                     | CUMPLE                                                |               |

Nombre y firma Evaluador criterio Económico:

  
Daniel Alejandro Perea Muñoz  
Profesional Especializado

  
Angela María Cabal Pérez  
Profesional Universitario Área Salud

|  | <b>CONSOLIDADO DE EVALUACIONES DEFINITIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                              |                                              | 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                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                |
| PROCESO No                                                                        | 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | MODALIDAD DE SELECCIÓN                       | INVITACION A COTIZAR                         |                                                |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIATRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                                |
| CRITERIO                                                                          | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                   |                                              |                                                |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | Proponente 1                                 | Proponente 2                                 | Proponente 3                                   |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S               | DEPOSITO DE DROGAS BOYACÁ                    | PHARMAPLUS S.A.S                               |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | No. NIT: 900240177-9                         | No. NIT: 17068260-3                          | No. NIT: 830110109-7                           |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación: .</div> |
| 2. FINANCIERO                                                                     | DOCUMENTOS FINANCIERO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>   |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>   |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>   |
| 5. ECONÓMICO                                                                      | DOCUMENTOS ECONÓMICO                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | \$ 503.959                                   | \$ 2.358.325                                 | \$ 639.860                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | HABILITADO                                   | HABILITADO                                   | HABILITADO                                     |
| PUNTAJE TOTAL                                                                     | Escriba la $\Sigma$ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica                                                                                                                                                                                                                  | Puntaje Asignado                                                                                                        | N/A                                          | N/A                                          | N/A                                            |



OBSERVACIONES:

LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S (CUMPLE)

JURÍDICO: (CUMPLE)

FINANCIERO: (CUMPLE)

SARLAFT: (CUMPLE)

TÉCNICO: (CUMPLE)

ECONÓMICO: HABILITADO

DEPOSITO DE DROGAS BOYACÁ (CUMPLE)

JURÍDICO: (CUMPLE)

FINANCIERO: (CUMPLE)

SARLAFT: (CUMPLE)

TÉCNICO: (CUMPLE)

ECONÓMICO: HABILITADO

PHARMAPLUS S.A.S (CUMPLE)

JURÍDICO: (CUMPLE)

FINANCIERO: (CUMPLE)

SARLAFT: (CUMPLE)

TÉCNICO: (CUMPLE)

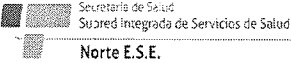
ECONÓMICO: HABILITADO

ELABORADO

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

Andres Mauricio Ortega Betancourt / Direccion de Contratación



|  | <b>CONSOLIDADO DE EVALUACIONES DEFINITIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                                 |                                              | CODIGO: AP-CT-F-55-01                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                 |                                              | VERSIÓN: 1                                |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                 |                                              | PÁGINA: 1 DE 1                            |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                 |                                              | FECHA: 22/05/2020                         |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                 |                                              |                                           |
| PROCESO No                                                                        | 008-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | MODALIDAD DE SELECCIÓN                          | INVITACION A COTIZAR                         |                                           |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES Y ESPECIALES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI ADULTO DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                                                                         |                                                 |                                              |                                           |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                 |                                              |                                           |
| CRITERIO                                                                          | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                      |                                              |                                           |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | Proponente 4                                    | Proponente 5                                 |                                           |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | MEDICOX LTDA                                    | FARMAPOS LTDA                                |                                           |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | No. NIT: 830142523-0                            | No. NIT: 830134902-5                         |                                           |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>    | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación: .</div> |
| 2. FINANCIERO                                                                     | DOCUMENTOS FINANCIERO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div>   |
| 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>    | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div>   |
| 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 | <div>2. No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div>   |
| 5. ECONÓMICO                                                                      | DOCUMENTOS ECONÓMICO                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | NO HABILITADO                                   | \$ 2.140.391                                 | N/A                                       |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                 | HABILITADO                                   |                                           |
| PUNTAJE TOTAL                                                                     | Escriba la $\Sigma$ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica                                                                                                                                                                                                                  | Puntaje Asignado                                                                                                        | N/A                                             | N/A                                          | N/A                                       |

**OBSERVACIONES:**

MEDICOX LTDA (NO CUMPLE)

JURÍDICO: (CUMPLE)

FINANCIERO: (CUMPLE)

SARLAFT: (CUMPLE)

TÉCNICO: (NO CUMPLE)

- EL OFERENTE NO ALLEGA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA EN EL NUMERAL 3, (ALLEGA OFICIO DE TECNOVIGILANCIA Y NO CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA).

ECONÓMICO: NO HABILITADO

FARMAPOS LTDA (CUMPLE)

JURÍDICO: (CUMPLE)

FINANCIERO: (CUMPLE)

SARLAFT: (CUMPLE)

TÉCNICO: (CUMPLE)

ECONÓMICO: HABILITADO

**ELABORADO**

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

Andres Mauricio Ortega Betancourt / Direccion de Contratación

