

| EVALUACIÓN DE PROPOSITAS                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                               |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. - SUBRED DE LA CONTRATACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                               |                          |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                               |                          |
| Proceso No.                                                                     | INVITACION A COTIZAR 076-2019 S.NTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         |                               |                          |
| 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"/> Otros mecanismos                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                               |                          |
| Objeto a contratar                                                              | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., ASI COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE. |                                                                                                                         |                               |                          |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                               |                          |
| CRITERIO                                                                        | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                    |                          |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | Proponente 1                  | Proponente 2             |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | JDN MEDICAL I.P.S. S.A.S.     | N/A                      |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | NIT: 830054059-7              | N/A                      |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (NA)                                                                                                                    |                               |                          |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS                                                       | a). Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred)<br>c) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred)                                                                                                                                                                                                                                                            | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 3. certificado de existencia y representación legal / matrícula mercantil ( expedición no mayor a treinta (30) días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 4. Registro único de proponentes (expedición no mayor a noventa (90) días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | N.A.<br><br>Observación:      | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 5. fotocopia del registro único tributario RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 7. fotocopia documento de identidad del representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                                                                                 | 8. certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |

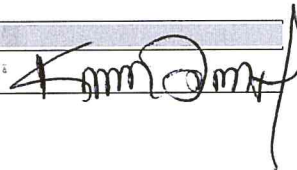
| CRITERIO                  | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                    |                          |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                  | Proponente 2             |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | JDN MEDICAL I.P.S. S.A.S.     | N/A                      |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | NIT: 830054059-7              | N/A                      |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS | 9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                           | 10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                           | 11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                           | 12. certificación bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |
|                           | 13. póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación: | N.A.<br><br>Observación: |

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador  
criterio Jurídico:

YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional de Apoyo Administrativo/ Dirección de Contratación



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

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b> |  |
| Proceso No. 076 - 2019         |  |

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

**Objeto a contratar**

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LAS SUBRED NORTE ESE.

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIO                                                                                                                                                           | DESCRIPCIÓN                                                                         | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| HABITANTES FINANCIEROS                                                                                                                                             | Presentación de la totalidad de la totalidad de documentos solicitados              | 1. Balance General y Estado de resultados debidamente discriminados con fecha de corte 31 de diciembre de 2018.<br>2. Fotocopia del documento de identidad, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios emitido por la junta central de contadores vigente del contador público y/o revisor fiscal que firman el Balance General y Estado de Resultados aportados. |
|                                                                                                                                                                    | Índice de liquidez<br>Mayor o igual a 1.5                                           | IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                    | Nivel de Endeudamiento<br>Menor o igual a 0.60                                      | NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                    | Capital de Trabajo<br>Mayor o igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso | CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| OBSERVACIONES: Se realizaron los cálculos de los indicadores financieros con base a los Estados financieros a corte 31 de diciembre de 2018 anexos a la propuesta. |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                      |                                        |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>EVALUADORES</b>                                   |                                        |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero: | ARMANDO MAESTRE GZ.                    |
|                                                      | PROF. UNIVERSITARIO - GESTION CONTABLE |

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT

### INVITACION A COTIZAR No. 076-2019

INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR No.076-2019

OBJETO : CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, ASI COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCION A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

#### VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT

| DOCUMENTACION REQUERIDA                                              | 1. JDN MEDICAL IPS SAS NIT. 830.054.059-7                         |        |           |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
|                                                                      | REPRESENTANTE LEGAL: ROBERT NAVARRO PEREZ<br>CC#79'265.238 BOGOTA |        |           |
|                                                                      | MEDIO<br>MAGNETICO                                                | CUMPLE | NO CUMPLE |
| Oferta de Servicios                                                  | X                                                                 | X      |           |
| Pago de Parafiscales                                                 | X                                                                 | X      |           |
| Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción                   | X                                                                 | X      |           |
| Camara y Comercio                                                    | X                                                                 | X      |           |
| Fotocopia del RUT                                                    | X                                                                 | X      |           |
| Fotocopia de la cédula de ciudadanía                                 | X                                                                 | X      |           |
| Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación | X                                                                 | X      |           |
| Responsables Fiscales - Contraloría General de la República          | X                                                                 | X      |           |
| Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá        | X                                                                 | X      |           |
| Certificado antecedentes Penales- Policia Nacional de Colombia       | X                                                                 | X      |           |
| Formato Conocimiento del cliente Persona Jurídica                    | X                                                                 | X      |           |
| Formato Conocimiento del cliente Persona Natural                     | X                                                                 | X      |           |
| Información financiera                                               | X                                                                 | X      |           |
| Verificación en lista vinculante de la ONU / CLINTON                 | VERIFICADO                                                        | X      |           |

OBSERVACION: LA INFORMACION REGISTRADA EN LOS FORMATOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE/ CONTRAPARTE CUENTAN CON LA GARANTIA DE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE MANEJO DE LA INFORMACION DE QUE TRATAN LAS LEYES 1266 DE 2008 Y 1581 DE 2012

#### INFORME EVALUACION SARLAFT

La propuesta presentada por el oferente:

1. JDN MEDICAL IPS SAS NIT. 830.054.059-7; CUMPLE, con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT.

FECHA: 04/06/2019

Revisó:

DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

SARLAFT

SARLAFT

Calle. 66 No.15 - 41

Tel.: 4431790

www.subrednorte.gov.co

Info: Línea 195

Elaboro

ASTRID TERESA RUSSI GUARIN

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

SARLAFT

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

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|             |  |
|-------------|--|
| Proceso No. |  |
|-------------|--|

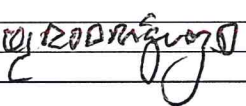
|           |                                                          |                                                             |                                             |                                                  |                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 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 | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS UES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE. |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                                                                                                                                                               | DESCRIPCIÓN                                                 | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EVALUACIÓN                |                         |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Proponente 1              | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (JDMA MEDICAL IPS SAS)    | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) |
|                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No. NIT: 830.054.059-7    | No. NIT:                | No. NIT:                |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA                                                                                                                           |                                                             | (NA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                         |                         |
| 3. TÉCNICOS HABITANTES (traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | EQUIPOS                                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. Cumple<br>Observación: | Observación:            | Observación:            |
|                                                                                                                                                                        | TALENTO HUMANO                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. Cumple<br>Observación: | Observación:            | Observación:            |
|                                                                                                                                                                        | PROMEDIO CONSUMO MENSUAL DE ACUERDO A LA DEMANDA PROYECTADA | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. Cumple<br>Observación: | Observación:            | Observación:            |
|                                                                                                                                                                        |                                                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Observación:              | Observación:            | Observación:            |
|                                                                                                                                                                        |                                                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Observación:              | Observación:            | Observación:            |
|                                                                                                                                                                        |                                                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Observación:              | Observación:            | Observación:            |
| Evaluación técnica- factores calificables                                                                                                                              | Experiencia del oferente-calificable                        | El proponente deberá presentar certificaciones de experiencia ejecutadas en los últimos 5 años que tengan relación directa con la prestación del servicio de gastroenterología, donde la sumatoria acredite un valor de 4.000 SMMLV, los cuales serán evaluados de la siguiente manera:<br>Certificaciones entre 1 y 1000 SMMLV: 100 Puntos<br>Certificaciones entre 1001 y 2000 SMMLV: 150 Puntos<br>Certificaciones entre 2001 y 3000 SMMLV: 200 Puntos<br>Certificaciones entre 3001 y 4000 SMMLV: 250 Puntos. | 250 puntos                |                         |                         |

**EVALUADORES**

|                                                      |                                                                                     |  |  |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:   |                                                                                     |  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero: |                                                                                     |  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:    |  |  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:  |                                                                                     |  |  |

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

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| <b>Proceso No.</b> | 076-2019 |
|--------------------|----------|

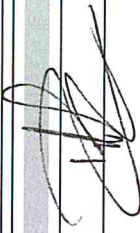
|                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                            |
|------------------|----------------------------------------------------------|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

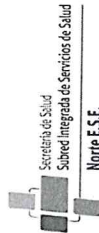
**Objeto a contratar**

CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS U.S.S. QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, AÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE A ATENCION A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E.

**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN                                          | CÓMO EVALUAR | EVALUACIÓN            |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
|                                                                                                                                                                       |                                                      |              | Proponente 1          | Proponente 2 | Proponente 3 |
| <b>1. TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) |                                                      |              | JDN MEDICAL IPS S.A.S |              |              |
|                                                                                                                                                                       |                                                      |              | NIT: 830.054.059*7    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Vídeo Gastroscopio (2)                               | 0/30 puntos  | CUMPLE : 30 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Vídeo Colonoscopio (2)                               | 0/30 puntos  | CUMPLE : 30 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Vídeo Enteroscopio (1)                               | 0/15 puntos  | CUMPLE : 15 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Vídeo Duodenoscopio (1)                              | 0/15 puntos  | CUMPLE : 15 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Succionadores (6)                                    | 0/60 puntos  | CUMPLE : 60 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Monitor de signos vitales (5)                        | 0/50 puntos  | CUMPLE : 50 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Anoscopios (1)                                       | 0/15 puntos  | CUMPLE : 15 puntos    |              |              |
|                                                                                                                                                                       | Equipo para irrigación de canales de endoscopio. (1) | 0/15 puntos  | CUMPLE : 15 puntos    |              |              |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                 |                                                      |              | CUMPLE: 20 puntos     |              |              |

|                                                   |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EVALUADORES</b>                                |                                                                                                                                                                             |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: | <div style="text-align: center;"> <br/>             Ingeniera Biomédica           </div> |

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

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proceso No. | 076-2019                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Modalidad   | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) <input checked="" type="checkbox"/> A. Invitación a Cotizar <input type="checkbox"/> B. Evento Especial <input type="checkbox"/> C. Convocatoria Pública <input type="checkbox"/> D. Otros mecanismos |

**Objeto a contratar**

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA QUE INCLUYE EL RECURSO HUMANO, RECURSO TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO DE LA ESPECIALIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                                          | DESCRIPCIÓN           | CÓMO EVALUAR                                                                                   | EVALUACIÓN             |                         |                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                                   |                       |                                                                                                | Proponente 1           | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                                   |                       |                                                                                                | JDN MEDICAL IPS SAS    | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) |
|                                                   |                       |                                                                                                | No. NIT: 830.054.059-7 | No. NIT:                | No. NIT:                |
| 4. ECONÓMICOS                                     | Valor de la propuesta | Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente | \$ 120.400.000,00      |                         |                         |
|                                                   |                       |                                                                                                | Puntaje Asignado       | Puntaje Asignado        | Puntaje Asignado        |
|                                                   |                       |                                                                                                | 500                    |                         |                         |
|                                                   |                       |                                                                                                | 500                    |                         |                         |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS |                       |                                                                                                |                        |                         |                         |

OBSERVACIONES: OBSERVACIONES: El servicio que oferta es a demanda y el valor ofertado es por procedimiento, siendo el presupuesto asignado para el mes de \$300,000,000

|                                                                        |                                                                                            |       |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR TODOS LOS CRITERIOS TÉCNICOS Y ECONÓMICOS | Escriba la Σ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica | 1.000 |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:

LUIS ENRIQUE PÁEZ FALLA  
Profesional Especializado  
Dirección de Contratación - compras

291