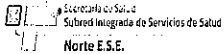


|                                                                                  |                                                    |  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|------------------------|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

INFORMACIÓN DEL PROCESO

|             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| Proceso No. | Invitación a Colizar 150-2018 |
|-------------|-------------------------------|

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

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | SUMINISTRO DE MDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, LIQUIDOS, ENDOVENOSOS, ALIMENTOS Y NUTRICIONES ENTERALES Y PARENTERALES NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

| CRITERIO                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DESCRIPCIÓN                                                                                                             | CÓMO EVALUAR                             | EVALUACIÓN                                                                    |                                                  |              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                          | Proponente 1                                                                  | Proponente 2                                     | Proponente 3 |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                          | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA-<br>DEPOSITO DE DROGAS BOYACA<br><br>NIT: 17068260-3 | LABORATORIOS BAXTER S.A.<br><br>NIT: 890300292-0 |              |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | (NA)                                     |                                                                               |                                                  |              |
|                                              | 1) a) Rotulación de los sobres de presentación (modelo anexo no. 1 entregado por la subred)<br>b) carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred)<br>c) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred) | 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><br><br>Observación: | <div>1. Cumple</div><br><br>Observación:                                      | <div>N.A.</div><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 | <div>1. Cumple</div><br><br>Observación: | <div>1. Cumple</div><br><br>Observación:                                      | <div>N.A.</div><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 | <div>1. Cumple</div><br><br>Observación: | <div>1. Cumple</div><br><br>Observación:                                      | <div>N.A.</div><br><br>Observación:              |              |

Objeto a  
contratar

SUMINISTRO DE MDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, LIQUIDOS, ENDOVENOSOS, ALIMENTOS Y NUTRICIONES ENTERALES Y PARENTERALES  
NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

|                              |                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                         |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. HABILITANTES<br>JURÍDICOS | 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 | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div>      | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div>      | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                              | 5. fotocopia del registro único tributario - RUT                                                                                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                              | 6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT                                                                                         | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                              | 7. fotocopia documento de identidad del representante legal                                                                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                              | 8. certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                              | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                              | 10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | SUMINISTRO DE MDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, LIQUIDOS, ENDOVENOSOS, ALIMENTOS Y NUTRICIONES ENTERALES Y PARENTERALES NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                             |                                         |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                               | 11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación: No allega certificado de la Personería de la Entidad, pero por Ley Antifraudes se procede hacer impresión del documento y adjuntarlo en la presente propuesta.</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                               | 12. certificación bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                               | 13. póliza de seriedad de la oferta, su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta, a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
| OBSERVACIONES:                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| EVALUADORES                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurí |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional de Apoyo/ Dirección de Contratación                                             |                                              |                                                                                                                                                                                                             |                                         |

|                                                                                  |                                                                                  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS                                                         | 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     |

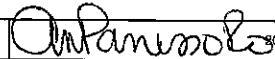
INFORMACIÓN DEL PROCESO

|             |          |
|-------------|----------|
| Proceso No. | 150-2018 |
|-------------|----------|

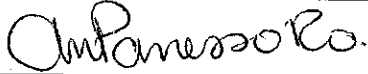
|           |                                                          |                                        |                                             |                                                  |                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------|----------------------------------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

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| Objeto a contratar | suministro de medicamentos |
|--------------------|----------------------------|

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

| CRITERIO                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN                            | CÓMO EVALUAR                                       | EVALUACIÓN                                                                                       |                           |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                |                                        |                                                    | Proponente 1                                                                                     | Proponente 2              | Proponente 3 |
|                                                                                                                                                                |                                        |                                                    | LABORATORIOS BAXTER S.A                                                                          | DEPOSITO DE DROGAS BOYACA |              |
|                                                                                                                                                                |                                        |                                                    | No. NIT: 890.300.292 -0                                                                          | No. NIT: 17.068.260-3     |              |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA                                                                                                                   |                                        | (NA)                                               |                                                                                                  |                           |              |
| 3. TÉCNICOS<br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación y en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | MATRIZ DE LA OFERTA EN EXCEL           | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO                                                                                       | HABILITADO                |              |
|                                                                                                                                                                | REGISTROS SANITARIOS                   | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO                                                                                       | HABILITADO                |              |
|                                                                                                                                                                | CONDICION DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO                                                                                       | HABILITADO                |              |
|                                                                                                                                                                | FICHAS TECNICAS                        | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO                                                                                       | HABILITADO                |              |
|                                                                                                                                                                | CONCEPTO HIGIENICO SANITARIO           | HABILITADO O NO HABILITADO                         | HABILITADO                                                                                       | HABILITADO                |              |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                                |                                        |                                                    |                                                                                                  |                           |              |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                 |                                        |                                                    |                                                                                                  |                           |              |
| EVALUADORES                                                                                                                                                    |                                        |                                                    |                                                                                                  |                           |              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                              | GLORIA ANDREA PANESSO                  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION ADMINISTRATIVA |  2018/09/18 |                           |              |



|                                                   |                                                   |                                                             |          |                                 |                                                    |                                                |                |                                                                                     |             |                                                  |          |                                 |                       |                                                |                |     |             |          |             |            |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|----------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|----------------|-----|-------------|----------|-------------|------------|--|--|
| Proceso No.                                       |                                                   | 150-2018                                                    |          |                                 |                                                    |                                                |                |                                                                                     |             |                                                  |          |                                 |                       |                                                |                |     |             |          |             |            |  |  |
| 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 medicamentos                                  |          |                                 |                                                    |                                                |                |                                                                                     |             |                                                  |          |                                 |                       |                                                |                |     |             |          |             |            |  |  |
|                                                   |                                                   |                                                             |          | BOYACA                          |                                                    |                                                |                |                                                                                     |             |                                                  | BAXTER   |                                 |                       |                                                |                |     |             |          |             |            |  |  |
| ITEM                                              | NOMBRE DESCRIPCION                                | Unidad de Medida                                            | Cantidad | Codigo unico de medicamento CUM | No de registro INVIMA                              | Fecha de vencimiento registro sanitario INVIMA | Valor Unitario | IVA                                                                                 | Valor total | Unitario                                         | CONCEPTO | Codigo unico de medicamento CUM | No de registro INVIMA | Fecha de vencimiento registro sanitario INVIMA | Valor Unitario | IVA | Valor total | Unitario | CONCEPTO    |            |  |  |
| 34                                                | VACUNA NEUMOCOCCICA POLISACARIDA 0.05 MG/ ML      | SUSPENSION INYECTABLE                                       | 5        | 019983100-01                    | 2008M-0008056                                      | 27/05/2018                                     | \$ 113,125     |                                                                                     | \$ 113,125  |                                                  | CUMPLE   |                                 |                       |                                                |                |     |             |          | no ofertado |            |  |  |
| 35                                                | VACUNA POLISACARIDA ANTIMENINGOCOCCICA A+C 0.5 ML | SOLUCION INYECTABLE                                         | 2        | 20012256-2                      | 2016M-0011293-R1                                   | 17/03/2021                                     | \$ 207,559     |                                                                                     | \$ 207,559  |                                                  | CUMPLE   |                                 |                       |                                                |                |     |             |          | no ofertado |            |  |  |
| 36                                                | VANCOMICINA 500 MG (MOLECULA ORIGINAL)            | POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION                       | 2600     | 19931764-2                      | 2013M-0002049-R1                                   | 05/07/2018                                     | \$ 19,859      |                                                                                     | \$ 19,859   |                                                  | CUMPLE   | 19931764-01                     | 2013M-0002049-R1      | 2018/07/05                                     | \$ 18,100      | 0   | \$ 18,100   |          | CUMPLE      |            |  |  |
| 37                                                | VANCOMICINA HIDROCLORURO 250 MG                   | CAPSULA                                                     | 60       | 020027556-01                    | 2013M-0014008                                      | 12/03/2018                                     | \$ 35,882      |                                                                                     | \$ 35,882   |                                                  | CUMPLE   |                                 |                       |                                                |                |     |             |          | no ofertado |            |  |  |
| 38                                                | VERAPAMILO 5MG/2ML                                | SOLUCION INYECTABLE                                         | 52       |                                 |                                                    |                                                |                |                                                                                     |             |                                                  |          |                                 |                       |                                                |                |     |             |          | no ofertado |            |  |  |
| EVALUADORES                                       |                                                   |                                                             |          |                                 |                                                    |                                                |                |                                                                                     |             |                                                  |          |                                 |                       |                                                |                |     |             |          |             |            |  |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: |                                                   | GLORIA ANDREA PANESSO RODRIGUEZ                             |          |                                 | PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION ADMINISTRATIVA |                                                |                |  |             |                                                  |          |                                 |                       |                                                |                |     |             |          |             | 2018/09/18 |  |  |

INVITACIÓN A COTIZAR 150-2018

[Marque con una X dependiendo la modalidad de selección]

A. ☒ Invitación a Cotizar

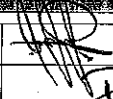
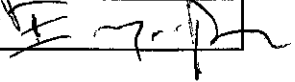
B. ☐ Evento Especial

C. ☐ Convocatoria Pública

D. ☐ Otros mecanismos

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, LÍQUIDOS, ENDOVENOSOS, ALIMENTOS Y NUTRICIONES ENTERALES Y PARENTERALES NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA | (NA) | LABORATORIOS BAXTER S.A                                              |                  | DEPOSITO DROGAS BOYACA |                       |
|----------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|-----------------------|
|                                              |      | NIT 890300292-0                                                      |                  | NIT                    |                       |
|                                              |      | 13 DE SEPTIEMBRE 2018                                                |                  | 13 DE SEPTIEMBRE 2018  |                       |
| 4. ECONÓMICOS                                | ITEM | NOMBRE/DESCRIPCIÓN                                                   | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE LA PROPUESTA  | VALOR DE LA PROPUESTA |
|                                              | 1    | ALPRAZOLAM 0.50 MG                                                   | UN               |                        | \$ 47                 |
|                                              | 2    | ATROPINA SULFATO 1MG/ML                                              | UN               |                        | \$ 379                |
|                                              | 3    | BARIO SULFATO 96% W/W X 176 G                                        | UN               |                        |                       |
|                                              | 4    | CICLOSPORINA 100 MG/ML                                               | UN               |                        | \$ 560.444            |
|                                              | 5    | CLONAZEPAM 1MG/ML                                                    | UN               |                        |                       |
|                                              | 6    | CROMOGLICATO 20MG/ML                                                 | UN               |                        |                       |
|                                              | 7    | CROMOGLICATO DE SODIO 40MG/ML                                        | UN               |                        |                       |
|                                              | 8    | CROMOGLICATO SODICO 20MG/ML                                          | UN               |                        |                       |
|                                              | 9    | CROTAMITÓN 10%                                                       | UN               |                        |                       |
|                                              | 10   | FITOMENODIONA (VITAMINA K) 10MG/ML (ENDOVENOSA, IM Y ORAL) 10MG/ML   | UN               |                        |                       |
|                                              | 11   | FONDAPARINUX 5,0 MG/0,4 ML                                           | UN               |                        |                       |
|                                              | 12   | FOSFOLÍPIDOS NATURALES (SURFACTANTE PULMONAR) 25MG/ML VIAL*8ML       | UN               | \$                     | 1.262.799             |
|                                              | 13   | FOSFOLÍPIDOS NATURALES (SURFACTANTE PULMONAR) 25MG/ML - 4ML          | UN               | \$                     | 899.999               |
|                                              | 14   | FOSFOMICINA TROMETAMOL 5,65G EQUIVALENTE A FOSFOMICINA BASE          | UN               |                        |                       |
|                                              | 15   | HIDROCORTISONA 10MG                                                  | UN               | \$                     | 3.521                 |
|                                              | 16   | HIDROCORTISONA 5MG                                                   | UN               |                        |                       |
|                                              | 17   | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG/ML                                     | UN               | \$                     | 868                   |
|                                              | 18   | LACTOBACILLUS REUTERI PROTECTIS 1X 108 UNIDADES FORMADAS DE COLONIAS | UN               |                        |                       |
|                                              | 19   | LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0.1 MG + 0.02 MG                    | UN               | \$                     | 334                   |
|                                              | 20   | METOCLOPRAMIDA 10MG /2ML                                             | UN               | \$                     | 179                   |
|                                              | 21   | MIRTAZAPINA 15 MG                                                    | UN               | \$                     | 1.262                 |
|                                              | 22   | PALIPERIDONA 150 MG                                                  | UN               | \$                     | 1.128.856             |
|                                              | 23   | PALIPERIDONA 6 MG                                                    | UN               | \$                     | 18.243                |
|                                              | 24   | PALIPERIDONA 75 MG                                                   | UN               | \$                     | 790.921               |
|                                              | 25   | PENTOXIFILINA 100MG/5 ML                                             | UN               |                        |                       |
|                                              | 26   | PIPTIAZINA PALMITATO 25MG/ML                                         | UN               | \$                     | 7.647                 |
|                                              | 27   | TETRACAÍNA 5 MG/ ML FRASCO10ML                                       | UN               | \$                     | 34.118                |
|                                              | 28   | TIMOLOL 2.5MG/ML FRASCO X 6ML                                        | UN               |                        |                       |
|                                              | 29   | TIOPROPÍO 0.005MG/DOSIS                                              | UN               |                        |                       |
|                                              | 30   | TOBRAMICINA+DEXAMETASONA 0.3+0.1%                                    | UN               |                        |                       |
|                                              | 31   | USTEKINUMAB 45MG                                                     | UN               | \$                     | 9.393.752             |

|                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |             |                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| OBJETO A SUMINISTRAR                                                                            |    | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS, LÍQUIDOS, ENDOVENOSOS, ALIMENTOS Y NUTRICIONES ENTERALES Y PARENTERALES NECESARIOS PARA LA NORMAL PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                     |             |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     | POB (PUNTO) | VALOR UNITARIO                                                                      | Puntuaje 3 |
|                                                                                                 | 32 | VACUNA CONTRA HEPATITIS B 10 MCG                                                                                                                                                                                                                             | UN                                                                  |             | \$                                                                                  | 27.784     |
|                                                                                                 | 33 | VACUNA CONTRA NEUMOCOCCO 1 MCG                                                                                                                                                                                                                               | UN                                                                  |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                 | 34 | VACUNA NEUMOCOCCICA POLISACARIDA 0.05 MG/ ML                                                                                                                                                                                                                 | UN                                                                  |             | \$                                                                                  | 113.125    |
|                                                                                                 | 35 | VACUNA POLISACARIDA ANTIMENINGOCOCCICA A+C 0.5 ML                                                                                                                                                                                                            | UN                                                                  |             | \$                                                                                  | 207.559    |
|                                                                                                 | 36 | VANCOMICINA 500 MG (MOLECULA ORIGINAL)                                                                                                                                                                                                                       | UN                                                                  | \$ 18.100   | \$                                                                                  | 19.859     |
|                                                                                                 | 37 | VANCOMICINA HIDROCLORURO 250 MG                                                                                                                                                                                                                              | UN                                                                  |             | \$                                                                                  | 35.882     |
|                                                                                                 | 38 | VERAPAMILLO 5MG/2ML                                                                                                                                                                                                                                          | UN                                                                  |             |                                                                                     |            |
| MAXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONOMICOS                                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                                                 | N/A         | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES:<br>No se realiza evaluación económica a los insumos que no cumplen técnicamente. |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |             |                                                                                     |            |
| MAXIMO 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                                                                                                                                                                   | N/A                                                                 | N/A         | N/A                                                                                 |            |
|                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |             |                                                                                     |            |
| Nombre y cargo del representante de la institución                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                                              | CRISTIAN JULIAN URUEÑA TELLEZ - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS |             |  |            |
| Nombre y cargo del representante de la entidad contratante                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                              | LUIS ENRIQUE PÁEZ FALLA -DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS        |             |  |            |