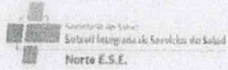


| INFORMACIÓN DEL PROCESO                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                   |                                                                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proceso No.                                  | INVITACIÓN A COTIZAR No. 019-2019 S.NTE                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                   |                                                                                                        |
| Modalidad                                    | (Marque con una X dependiendo la modalidad de se A. <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar B. <input type="checkbox"/> Evento Especial C. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos                                                                                |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                   |                                                                                                        |
| Objeto a contratar                           | SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACIÓN DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                   |                                                                                                        |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                              |                                              |                                   |                                                                                                        |
| CRITERIO                                     | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                   |                                              |                                   |                                                                                                        |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                                 | Proponente 2                                 | Proponente 3                      | Proponente 4                                                                                           |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | AMAREY NOVA MEDICAL S.A.<br>NIT: 800250382-2 | LABORATORIOS BAXTER S.A.<br>NIT: 890300292-0 | FARMAPOS LTDA<br>NIT: 830134902-5 | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA, propietario del establecimiento de comercio DROGAS BOYACA<br>NIT: 17068260-3 |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (NA)                                                                                                                    |                                              |                                              |                                   |                                                                                                        |
| 1)                                           | a) Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred)<br>b) 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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                         | N.A.<br>Observación:                         | N.A.<br>Observación:              | N.A.<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<br>Observación:                                                                              |
| 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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<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>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:                    | 1. Cumple<br>Observación:         | 1. Cumple<br>Observación:                                                                              |

1. HABILITANTES JURÍDICOS

| CRITERIO                                                                                                       | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                                                                 |                                                  |                                       |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                                                                               | Proponente 2                                     | Proponente 3                          | Proponente 4                                                                                               |
|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | AMAREY NOVA MEDICAL S.A.<br><br>NIT: 800250382-2                                           | LABORATORIOS BAXTER S.A.<br><br>NIT: 890300292-0 | FARMAPOS LTDA<br><br>NIT: 830134902-5 | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA, propietario del establecimiento de comercio DROGAS BOYACA<br><br>NIT: 17068260-3 |
| 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:                                                              | 1. Cumple<br><br>Observación:                    | 1. Cumple<br><br>Observación:         | 1. Cumple<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:                                                              | 1. Cumple<br><br>Observación:                    | 1. Cumple<br><br>Observación:         | 1. Cumple<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 | N.A.<br><br>Observación:                                                                   | N.A.<br><br>Observación:                         | N.A.<br><br>Observación:              | N.A.<br><br>Observación:                                                                                   |
| OBSERVACIONES:                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                       |                                                                                                            |
| EVALUADORES                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                            |                                                  |                                       |                                                                                                            |
| Nombre, cargo y firma Evaluador                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | 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 3        |
|                                                                                  |                                                                                   | FECHA : 11/10/2017     |

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|             |          |
|-------------|----------|
| Proceso No. | 019-2019 |
|-------------|----------|

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

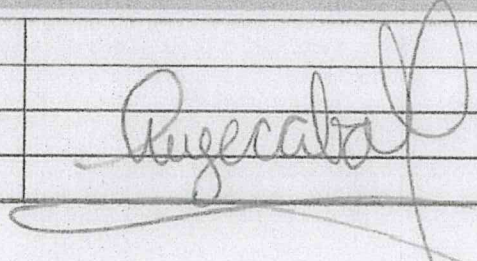
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |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

**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                                                                                                                                                      |                                                                                                                                 | DESCRIPCIÓN        | CÓMO EVALUAR | EVALUACIÓN               |                        |                      |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|--------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                    |              | Proponente 1             | Proponente 2           | Proponente 3         | Proponente 4          |
|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                    |              | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA | LABORATORIOS BAXTER SA | FARMAPOS LTDA        | AMAREY NOVAMEDICAL SA |
|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                    |              | No. NIT: 17068260-3      | No. NIT: 890300292-0   | No. NIT: 830134902-0 | No. NIT: 800250382-2  |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA                                                                                                                  |                                                                                                                                 | (NA)               |              |                          |                        |                      |                       |
| 3. TÉCNICOS<br>(Traslada a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones de acuerdo al proceso adelantado) | FICHA TECNICA REGISTRO SANITARIO INVIMA VIGENTE                                                                                 | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE       | CUMPLE                   | CUMPLE                 | CUMPLE               |                       |
|                                                                                                                                                               | PARA DISTRIBUIDORES MAYORISTAS DEBERAN PRESENTAR CARTAS DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO POR EL LABORATORIO QUE OFRECE LOS PRODUCTOS. | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE       | CUMPLE                   | CUMPLE                 | CUMPLE               |                       |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                               |                                                                                                                                 |                    | CUMPLE       | CUMPLE                   | CUMPLE                 | CUMPLE               |                       |

OBSERVACIONES:

**EVALUADORES**

|                                                      |                          |                  |                                                                                       |
|------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:   |                          |                  |                                                                                       |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio financiero: |                          |                  |                                                                                       |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:    | Angela Maria Cabal Perez | Gestor Nutrición |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:  |                          |                  |                                                                                       |



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**  
**SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT**

**INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR No.019-2019**

**OBJETO:** SUMINISTRO DE FORMULAS INFANTILES, NUTRICIONALES ENTERALES, PARENTERALES Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS, UCI NEONATAL, UCI ADULTO Y HOSPITALIZACION DE TODAS LAS UNIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

**SARLAFT**

| DOCUMENTACION REQUERIDA                                              | 1.AMAREY NOVA MEDICAL<br>S.A. NIT800.250.382-2 |        |           | 2.BAXTER<br>890.300.292-0 NIT |        |           | 3.FARMAPOS NIT 830.134.902-5 |        |           | 4.RAFael ANTONIO<br>SALAMANCA NIT17.068.260 |        |           |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------|-----------|-------------------------------|--------|-----------|------------------------------|--------|-----------|---------------------------------------------|--------|-----------|
|                                                                      | MEDIO<br>MAGNETICO                             | CUMPLE | NO CUMPLE | MEDIO<br>MAGNETICO            | CUMPLE | NO CUMPLE | MEDIO<br>MAGNETICO           | CUMPLE | NO CUMPLE | MEDIO<br>MAGNETICO                          | CUMPLE | NO CUMPLE |
| Camara y Comercio                                                    | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Fotocopia de la cédula de ciudadanía                                 | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Fotocopia del RUT                                                    | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Manifestacion inhabilidades e incompatibilidades                     | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Pago de Parafiscales                                                 | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Responsables Fiscales - Contraloría General de la República          | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá        | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Certificado antecedentes Penales- Policia Nacional de Colombia       | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción                   | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Formato Conocimiento del cliente Persona Natural                     |                                                |        | X         |                               |        | X         |                              |        | X         | X                                           | X      |           |
| Formato Conocimiento del cliente Persona Jurídica                    | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           |                                             |        | X         |
| Oferta de Servicios                                                  | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Información financiera                                               | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |
| Verificación en lista vinculante de la ONU- CLINTON                  | X                                              | X      |           | X                             | X      |           | X                            | X      |           | X                                           | X      |           |

**OBSERVACIONES:**

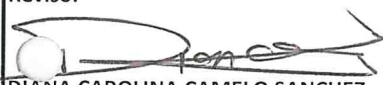
\*Se llevo a cabo la verificación de los soportes y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes.

**INFORME EVALUACION SARLAFT**

Las propuestas presentadas por Los oferentes: 1, AMAREY NOVA MEDICAL S.A; 2.BAXTER; 3,FARMAPOS,4, RAFAEL ANTONIO SALAMANCA, relacionados anteriormente NO CUMPLEN con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT.

Reviso:

Elaboró:

  
DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ  
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO  
SARLAFT

  
ASTRID TERESA RUSSI GUARIN  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO  
SARLAFT

Calle. 66 No.15 - 41  
Tel.: 4431790  
www.subrednorte.gov.co  
Info: Línea 195