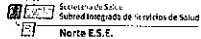


|                                                                                   |                                                                                   |  |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|  | <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**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| <b>Proceso No.</b> | 054-2018 |
|--------------------|----------|

|                  |                                                          |                                                             |                                             |                                                  |                                              |
|------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Modalidad</b> | (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 |
|------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | IMPLANTE COCLEAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASI CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD 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                                      |
|          |                                                                                                                      |                                                                                                                         | AUDIOSALUD INTEGRAL LTDA.<br><br>No. NIT: 900,202,290-1                    | MEDIHUMANA COLOMBIA S.A.<br><br>No. NIT: 830,055,758-7 | No. NIT:                                          |
|          |                                                                                                                      | (NA)                                                                                                                    |                                                                            |                                                        |                                                   |
|          | 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                     | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|          | 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                     | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                     | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: Documento subsanado | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                     | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                     | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |



|                           |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | IMPLANTE COCLEAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASI CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

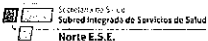
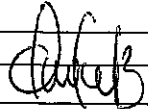
|                                  |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                        |                                                        |                                                   |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>1. HABILITANTES JURÍDICOS</b> | 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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                  | 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                  | 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                  | 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                  | 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                  | 12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).            | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |
|                                  | 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA.                                                                                                                                      | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br>Observación: |

OBSERVACIONES:

#### EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:

KELLY JOHANN, ANGEL DEVIA - OFICINA DE CONTRATACION

|                                                                                      | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | CODIGO : AP-CT-F-07-03  |                                                                                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                       | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTEE.S.E<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | VERSION : 3             |                                                                                       |                         |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | PAGINA : 1 DE 3         |                                                                                       |                         |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA : 11/10/2017      |                                                                                       |                         |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                       |                         |
| Proceso No.                                                                                                                                                           |                                                                                                                | 054-2018                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                       |                         |
| Modalidad                                                                                                                                                             |                                                                                                                | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                       |                         |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                    |                                                                                                                | IMPLANTE COCLEAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASI CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALU NORTE E.S.E        |                         |                                                                                       |                         |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                       |                         |
| CRITERIO                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN                                                                                                    | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                    | EVALUACIÓN              |                                                                                       |                         |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | Proponente 1            | Proponente 2                                                                          | Proponente 3            |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | MEDI HUMANA             | AUDIOSALUD                                                                            | (Nombre del proponente) |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 | No. NIT:                | No. NIT:                                                                              | No. NIT:                |
| CRITERIO                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN                                                                                                    | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                    | EVALUACIÓN              |                                                                                       |                         |
| <b>3. TÉCNICOS</b><br>(Traslado a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | CERTIFICACION FIRMADA POR REPRESENTANTE LEGAL GARANTIZANDO QUE ES MULTICANAL Y ELECTRODO DE PARED LATERAL SLIM | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE                  | CUMPLE                                                                                |                         |
|                                                                                                                                                                       | BROCHURE DEL IMPLANTE COCLEAR                                                                                  | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE                  | CUMPLE                                                                                |                         |
|                                                                                                                                                                       | FICHAS TECNICAS DEL IMPLANTE COCLEAR                                                                           | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE                  | CUMPLE                                                                                |                         |
|                                                                                                                                                                       | REGISTRO INVIMA                                                                                                | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE                  | CUMPLE                                                                                |                         |
| ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                       |                         |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                       |                         |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                       |                         |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                     |                                                                                                                | JENNY MARCELA MUÑOZ C                                                                                                                                                                                                                                           | REFERENTE OSTEOSINTESIS |  |                         |

|                                                                                  |                                                                                |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | EVALUACIONES DE PROPUESTAS                                                     | CODIGO : AP-CT-F-07-03 |
|                                                                                  |                                                                                | VERSION : 3            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA CONTRATACION | PAGINA : 1 DE 3        |
|                                                                                  |                                                                                | FECHA : 11/10/2017     |

## INFORMACIÓN DEL PROCESO

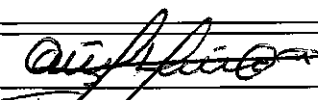
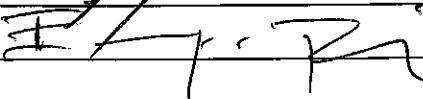
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proceso No.        | INVITACIÓN A COTIZAR No. 054-2018                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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 | IMPLANTE COCLEAR PARA TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA PARA DAR RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACIÓN DE UN PACIENTE QUE LO REQUIERE, CUMPLIENDO ASÍ CON LOS SERVICIOS INTEGRALES Y GENERALES Y DE CALIDAD 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            |
|                                  |                               |                    |              | MEDIHUMANA COLOMBIA S.A | AUDIOSALUD INTEGRAL LTDA. | (Nombre del proponente) |
|                                  |                               |                    |              | No. NIT: 830.055.758-1  | No. NIT: 900.202.290-1    | No. NIT:                |
| 4. ECONÓMICOS                    | Valor del CDP<br>\$43.100.000 | CUMPLE / NO CUMPLE | \$39.800.000 | \$39.000.000            |                           |                         |
|                                  |                               |                    | CUMPLE       | CUMPLE                  |                           |                         |
|                                  |                               |                    |              |                         |                           |                         |
| ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS |                               |                    | CUMPLE       | CUMPLE                  |                           |                         |

OBSERVACIONES: SE INFIERE QUE LOS OFERENTES COTIZARON BAJO LAS MISMAS CONDICIONES Y LA MISMA INFORMACIÓN. EL PROPONENTE AUDIOSALUD INTEGRAL LTDA. PRESENTA HOY 05/04/2018 ACLARACIÓN A LA EVALUACIÓN JURÍDICA. HABILITANDOLOS PARA SER EVALUADOS ECONÓMICAMENTE. CABE ACLARAR QUE EL OFERENTE MEDIHUMANA PRESENTA PROPUESTA POR DEBAJO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO. SIN EMBARGO, LA FORMA DE PAGO NO SE AJUSTA A LA MENCIONADA EN LA INVITACIÓN A COTIZAR 54-2018 (90 DÍAS).

## EVALUADORES

|                                                     |                              |                                     |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico: | ANDRES MAURICIO MOJICA ALAVA | DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN – COMPRAS |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico: | LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA      | DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN – COMPRAS |  |