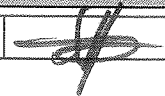
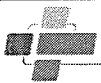
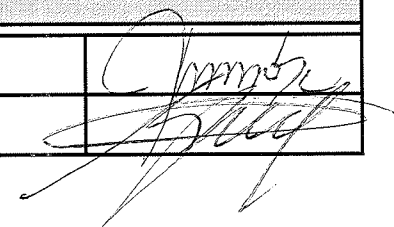


|  Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01                          |                                        |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
|                                                                                                                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                        |                                                                                                                         | VERSIÓN: 1                                     |                                        |                                        |
|                                                                                                                                          | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         | PÁGINA: 1 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020            |                                        |                                        |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         |                                                |                                        |                                        |
| PROCESO No                                                                                                                               | 062-2021                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                                                |                                        |                                        |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                   | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                |                                        |                                        |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                       | SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO QUIRURGICO PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRURGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE. |                                                                                                                         |                                                |                                        |                                        |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         |                                                |                                        |                                        |
| CRITERIO                                                                                                                                 | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN JURÍDICA                            |                                        |                                        |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         | Proponente 1                                   | Proponente 2                           | Proponente 3                           |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         | OPIMED S.A.S.                                  | N/A                                    | N/A                                    |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                            | Nit: 830062565                                                                                                          | N/A                                            | N/A                                    |                                        |
| HABILITANTES JURÍDICOS                                                                                                                   | 1. Carta de Presentación de la Propuesta (modelo anexo No. 1 entregado por la Subred).                                                                                                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred).                                                                                                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)                                                                                                                                  | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición no mayor a treinta (30) días)                                                                                        | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT                                                                                                                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 7. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal                                                                                                                                            | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |
|                                                                                                                                          | 8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.                                                                  | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2.No Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                               |                             |                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|
|  Ministerio de Salud y Protección Social<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. |                                                                                                                                                 | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |                                                                               |                             | CODIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1<br>PAGINA : 2 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020 |  |
| <b>HABILITANTES JURÍDICOS</b>                                                                                                                                                    | <b>9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b> | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo       | <div>2.No Cumple</div> Observación:                                           | <div>N/A</div> Observación: | <div>N/A</div> Observación:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                  | <b>10. Certificado de antecedentes Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo       | <div>2.No Cumple</div> Observación:                                           | <div>N/A</div> Observación: | <div>N/A</div> Observación:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                  | <b>11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.</b>                                        | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo       | <div>2.No Cumple</div> Observación:                                           | <div>N/A</div> Observación: | <div>N/A</div> Observación:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                  | <b>12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.</b>      | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo       | <div>2.No Cumple</div> Observación:                                           | <div>N/A</div> Observación: | <div>N/A</div> Observación:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                  | <b>13. Certificación Bancaria</b>                                                                                                               | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo       | <div>2.No Cumple</div> Observación:                                           | <div>N/A</div> Observación: | <div>N/A</div> Observación:                                                 |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b> EL oferente no allega ningún tipo de documentación jurídica solicitada dentro del proceso de invitación a Cotizar 062-2021.                                |                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                               |                             |                                                                             |  |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                               |                             |                                                                             |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:                                                                                                                               |                                                                                                                                                 |                                                                                                                               | KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN |                             |                                                                             |  |

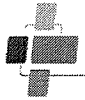


|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                   | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT                                                                                                                                                                      |                    | CÓDIGO: AP-CT-F-60-01                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                     |                    | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020            |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                              |
| PROCESO No                                                                                                                                                                        | 063-2021                                                                                                                                                                                              |                    |                                                              |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                            | INVITACION A COTIZAR                                                                                                                                                                                  |                    |                                                              |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                                | SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO QUIRURGICO PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRURGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE |                    |                                                              |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                              |
| CRITERIO                                                                                                                                                                          | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                           | COMO EVALUAR       | EVALUACION SARLAFT                                           |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |                    | Proponente 1                                                 |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |                    | OPIMED SAS<br>NIT                                            |
| <b>3. HABILITANTES SARLAFT</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa                                                                                                                                           | CUMPLE / NO CUMPLE | NO CUMPLE                                                    |
|                                                                                                                                                                                   | Información financiera                                                                                                                                                                                | CUMPLE / NO CUMPLE | NO CUMPLE                                                    |
|                                                                                                                                                                                   | Fotocopia RUT                                                                                                                                                                                         | CUMPLE / NO CUMPLE | NO CUMPLE                                                    |
|                                                                                                                                                                                   | Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal                                                                                                                             | CUMPLE / NO CUMPLE | NO CUMPLE                                                    |
|                                                                                                                                                                                   | Fotocopia Declaración de Renta                                                                                                                                                                        | CUMPLE / NO CUMPLE | NO CUMPLE                                                    |
|                                                                                                                                                                                   | Verificación en listas vinculante:ONU/ CLINTON , listas vinvulantes para Colombia.                                                                                                                    | CUMPLE / NO CUMPLE | NO SE EFECTUA VERIFICACION EN LISTAS NO APORTA DOCUMENTACION |
| OBSERVACIONES: La empresa OPIMED NO CUMPLE con la verificación SARLAFT, NO APORTA NINGUN TIPO DE DOCUMENTACIÓN.                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                              |
| EVALUADORES                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                 | LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA / ASESORA DESPACHO GERENCIA / OFICIAL DE CUMPLIMIENTO PRINCIPAL                                                                                                       |                    |                                                              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                 | ASTRID TERESA RUSSI GUARIN / PROFESIONAL UNIVERSITARIO / ANALISTA SARLAFT 17/08/2021                                                                                                                  |                    |                                                              |



|                                                                                   | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                 | CÓDIGO: AP-CT-F-61-01 |              |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|--------------|
|                                                                                                                                                                    | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                 | VERSIÓN: 1            |              |              |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PÁGINA: 1 DE 1                                                                                                                                                                                                  |                       |              |              |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA: 22/05/2020                                                                                                                                                                                               |                       |              |              |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 |                       |              |              |
| PROCESO No                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 062-2021 S.NTE.                                                                                                                                                                                                 |                       |              |              |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                            |                       |              |              |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | " SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO QUIRURGICO PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRURGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE E.S.E." |                       |              |              |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 |                       |              |              |
| CRITERIO                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                    | EVALUACIÓN TÉCNICA    |              |              |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 | Proponente 1          | Proponente 2 | Proponente 3 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 | OPIMED SAS            | NOMBRE       | NOMBRE       |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 | No. NIT: 830.062.565  | No. NIT:     | No. NIT:     |
| <b>TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | 1. EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR FICHAS TÉCNICAS EN MEDIO MAGNÉTICO POR CADA ÍTEM DEL MATERIAL DE OFTALMOLOGÍA OFERTADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 2. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS (CCAA). EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN NO. 4002 DE 2007, EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR EL INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 3. REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MÉDICO QUIRÚRGICO (DEBE DE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 4. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 5. ALLEGAR CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE, DEBIDAMENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CASA MATRIZ O EL QUIEN HAGA SUS VECES, SEGÚN SEA EL CASO, LA INFORMACIÓN DEBE SER VERIFICABLE (DATOS DE CONTACTO), O ALLEGAR CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO EN DONDE SE ENCUENTRE INSCRITO EL OFERENTE Y QUE DEMUESTRE DICHAS CALIDADES. SI LA CERTIFICACIÓN ES EXPEDIDA EN OTRO IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR LA CORRESPONDIENTE TRADUCCIÓN OFICIAL AL CASTELLANO. | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 6. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA (PANTALLAZO DE LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNO VIGILANCIA ANTE EL INVIMA), LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LAS CONDICIONES DIRECTAMENTE EN EL INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 7. EL DISTRIBUIDOR DEBE ADJUNTAR EL CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LA VISITA QUE REALIZA LA SECRETARÍA DE SALUD AL DISTRIBUIDOR, DONDE CONSTA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS Y QUE HAYA SIDO REALIZADA EN EL ÚLTIMO AÑO (1) AÑO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 8. CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN DONDE GARANTIZA QUE EN CASO DE SALIR ADJUDICATARIO DEL PROCESO, REALIZARÁ LA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE EQUIPOS, INSUMOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PRESENTE INVITACIÓN AL PERSONA DE SALAS DE CIRUGÍA DE LA ENTIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 9. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE TENER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O CUNDINAMARCA BODEGA O CONTRATO CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR ENTIDADES COMPETENTES PARA SU FUNCIONAMIENTO Y SOPORTE CAPACIDAD DE ENTREGA (DEL CUAL DEBE ANEXAR DOCUMENTO), INDICANDO DATOS DE UBICACIÓN DE LA MISMA COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN.                                                                      | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |
|                                                                                                                                                                    | 10. CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE, EN DONDE GARANTIZARÁ EL REEMPLAZO DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO, POR VENCIMIENTO Y/O VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS: CUANDO LA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA MENOR A SEIS (6) MESES, Ó EL 75% DE SU VIDA ÚTIL, DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                               | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                              | NO CUMPLE             |              |              |

| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CÓMO EVALUAR                                       | EVALUACIÓN TÉCNICA                                                                    |              |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | Proponente 1                                                                          | Proponente 2 | Proponente 3 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | OPIMED SAS                                                                            | NOMBRE       | NOMBRE       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | No. NIT: 830.062.565                                                                  | No. NIT:     | No. NIT:     |
| <b>TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 11.DISPONIBILIDAD DE BODEGAS DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION: EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, ACREDITANDO QUE CUENTAN CON MÍNIMO UNA(S) BODEGA(S) Y/O CONTRATO(S) SUSCRITO(S) CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN, QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS EN EL DECRETO 4725 DE 2005 "POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS, PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA USO HUMANO". ASÍ MISMO, DEBERÁ INDICAR DATOS DE UBICACIÓN DE LAS BODEGAS COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN. LA UBICACIÓN DE LAS BODEGAS DEBE SER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O MUNICIPIOS COLINDANTES. | CUMPLE / NO CUMPLE                                 | NO CUMPLE                                                                             |              |              |
| <b>MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | NO CUMPLE                                                                             |              |              |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br>*El oferente <b>OPIMED SAS</b> , NO presento la documentación solicitada debe allegar en el tiempo para subsanar en el cronograma la siguiente documentacion: 1. EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR FICHAS TÉCNICAS EN MEDIO MAGNÉTICO POR CADA ÍTEM DEL MATERIAL DE OFTALMOLOGÍA OFERTADO. 2. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS (CCAA). EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN NO. 4002 DE 2007, EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR EL INVIMA. 3. REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MÉDICO QUIRÚRGICO (DEBE DE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA. 4. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM. 5. ALLEGAR CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE, DEBIDAMENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CASA MATRIZ O EL QUIEN HAGA SUS VECES, SEGÚN SEA EL CASO, LA INFORMACIÓN DEBE SER VERIFICABLE (DATOS DE CONTACTO), O ALLEGAR CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO EN DONDE SE ENCUENTRE INSCRITO EL OFERENTE Y QUE DEMUESTRE DICHAS CALIDADES. SI LA CERTIFICACIÓN ES EXPEDIDA EN OTRO IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR LA CORRESPONDIENTE TRADUCCIÓN OFICIAL AL CASTELLANO. 6. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA (PANTALLAZO DE LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNO VIGILANCIA ANTE EL INVIMA), LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LAS CONDICIONES DIRECTAMENTE EN EL INVIMA. 7. EL DISTRIBUIDOR DEBE ADJUNTAR EL CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LA VISITA QUE REALIZA LA SECRETARÍA DE SALUD AL DISTRIBUIDOR, DONDE CONSTA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS Y QUE HAYA SIDO REALIZADA EN EL ÚLTIMO AÑO (1) AÑO. 8. CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN DONDE GARANTIZA QUE EN CASO DE SALIR ADJUDICATARIO DEL PROCESO, REALIZARÁ LA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE EQUIPOS, INSUMOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PRESENTE INVITACIÓN AL PERSONA DE SALAS DE CIRUGÍA DE LA ENTIDAD. 9. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE TENER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O CUNDINAMARCA BODEGA O CONTRATO CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR ENTIDADES COMPETENTES PARA SU FUNCIONAMIENTO Y SOPORTE CAPACIDAD DE ENTREGA (DEL CUAL DEBE ANEXAR DOCUMENTO), INDICANDO DATOS DE UBICACIÓN DE LA MISMA COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN. 10. CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE, EN DONDE GARANTIZARÁ EL REEMPLAZO DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO, POR VENCIMIENTO Y/O VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS: CUANDO LA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA MENOR A SEIS (6) MESES, Ó EL 75% DE SU VIDA ÚTIL, DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 11.DISPONIBILIDAD DE BODEGAS DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION: EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, ACREDITANDO QUE CUENTAN CON MÍNIMO UNA(S) BODEGA(S) Y/O CONTRATO(S) SUSCRITO(S) CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN, QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS EN EL DECRETO 4725 DE 2005 "POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS, PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA USO HUMANO". ASÍ MISMO, DEBERÁ INDICAR DATOS DE UBICACIÓN DE LAS BODEGAS COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN. LA UBICACIÓN DE LAS BODEGAS DEBE SER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O MUNICIPIOS COLINDANTES. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                                                       |              |              |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                                                       |              |              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | LINDA GARCIA HERNANDEZ, REFERENTE DE OSTEOSINTESIS |  |              |              |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | JAIRO RENTERIA, REFERENTE DE OFTALMOLOGIA          |  |              |              |

|                                                                                                                                                                |                                                     |  |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS</b>      |  | CÓDIGO: AP-CT-F-55-01 |
|                                                                                                                                                                | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |  | VERSIÓN: 1            |
|                                                                                                                                                                | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                          |  | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                                                                                                |                                                     |  | FECHA: 22/05/2020     |

| INFORMACIÓN DEL PROCESO |                                                                                                                                                                                                       |                        |                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| PROCESO No              | 062-2021                                                                                                                                                                                              | MODALIDAD DE SELECCIÓN | INVITACIÓN A COTIZAR |
| OBJETO A CONTRATAR      | SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO QUIRURGICO PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRURGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE |                        |                      |

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN |                       |                                                                                                                         |                                                   |              |              |
|------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------|
| CRITERIO                     | DESCRIPCIÓN           | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                        |              |              |
|                              |                       |                                                                                                                         | Proponente 1                                      | Proponente 3 | Proponente 4 |
|                              |                       |                                                                                                                         | OPIMED S.A.S                                      |              |              |
|                              |                       |                                                                                                                         | No. NIT: 830062565                                |              |              |
| 1. JURÍDICOS                 | DOCUMENTOS JURÍDICOS  | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2. No Cumple</div> <div>Observación:</div>   | <div></div>  | <div></div>  |
| 2. SARLAFT                   | DOCUMENTOS SARLAFT    | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2. No Cumple</div> <div>Observación:</div>   | <div></div>  | <div></div>  |
| 3. TÉCNICOS                  | DOCUMENTOS TÉCNICOS   | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>2. No Cumple</div> <div>Observación: 2</div> | <div></div>  | <div></div>  |
| 4. ECONÓMICOS                | VALOR DE LA PROPUESTA | Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente                          | NO HABILITADO<br>Observación:                     |              |              |

**OBSERVACIONES:**
**OPIMED S.A.S:**

El oferente NO presento ninguno de los documentos requeridos en el presente proceso de selección.

De igual forma, NO allegó al Anexo 5 PROPUESTA ECONOMICA enviado por la Entidad, que permita verificar si su oferta es parcial o total con los 36 ítems requeridos por la entidad.

Razón por la cual incurrió en la causal de rechazo N° 1 de la presente invitación "Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no permitan su adjudicación".

El oferente no presentó la siguiente documentación solicitada en la presente invitación:

**JURÍDICOS:**

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)

2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)

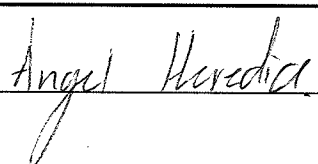
3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>SARLAFT:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED).                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>TÉCNICOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1. EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR FICHAS TÉCNICAS EN MEDIO MAGNÉTICO POR CADA ÍTEM DEL MATERIAL DE OFTALMOLOGÍA OFERTADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS (CCAA). EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN NO. 4002 DE 2007, EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR EL INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3. REGISTRO SANITARIO DEL DISPOSITIVO MÉDICO QUIRÚRGICO (DEBE DE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5. ALLEGAR CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE IMPORTADOR, DISTRIBUIDOR Y/O FABRICANTE, DEBIDAMENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CASA MATRIZ O EL QUIEN HAGA SUS VECES, SEGÚN SEA EL CASO, LA INFORMACIÓN DEBE SER VERIFICABLE (DATOS DE CONTACTO), O ALLEGAR CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO EN DONDE SE ENCUENTRE INSCRITO EL OFERENTE Y QUE DEMUESTRE DICHAS CALIDADES. SI LA CERTIFICACIÓN ES EXPEDIDA EN OTRO IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL, EL OFERENTE DEBERÁ ALLEGAR LA CORRESPONDIENTE |
| 6. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TECNO VIGILANCIA DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA (PANTALLAZO DE LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNO VIGILANCIA ANTE EL INVIMA), LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LAS CONDICIONES DIRECTAMENTE EN EL INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

7. EL DISTRIBUIDOR DEBE ADJUNTAR EL CONCEPTO TÉCNICO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LA VISITA QUE REALIZA LA SECRETARÍA DE SALUD AL DISTRIBUIDOR, DONDE CONSTA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTOS Y QUE HAYA SIDO REALIZADA EN EL ÚLTIMO AÑO (1) AÑO.
8. CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN DONDE GARANTIZA QUE EN CASO DE SALIR ADJUDICATARIO DEL PROCESO, REALIZARÁ LA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE EQUIPOS, INSUMOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PRESENTE INVITACIÓN AL PERSONA DE SALAS DE CIRUGÍA DE LA ENTIDAD.
9. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE TENER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O CUNDINAMARCA BODEGA O CONTRATO CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR ENTIDADES COMPETENTES PARA SU FUNCIONAMIENTO Y SOPORTE CAPACIDAD DE ENTREGA (DEL CUAL DEBE ANEXAR DOCUMENTO), INDICANDO DATOS DE UBICACIÓN DE LA MISMA COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN.
10. CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE, EN DONDE GARANTIZARÁ EL REEMPLAZO DE LOS ELEMENTOS OBJETO DEL CONTRATO, POR VENCIMIENTO Y/O VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS: CUANDO LA FECHA DE EXPIRACIÓN SEA MENOR A SEIS (6) MESES, Ó EL 75% DE SU VIDA ÚTIL, DENTRO DE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
11. DISPONIBILIDAD DE BODEGAS DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION: EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, ACREDITANDO QUE CUENTAN CON MÍNIMO UNA(S) BODEGA(S) Y/O CONTRATO(S) SUSCRITO(S) CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN, QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS EN EL DECRETO 4725 DE 2005 "POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS, PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA USO HUMANO". ASÍ MISMO, DEBERÁ INDICAR

**ECONÓMICOS:**

PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (ANEXO 5 ENTREGADO POR LA SUBRED).  
EL OFERENTE DEBE PRESENTAR OFERTA TOTAL.

| EVALUADORES                                                |                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones: | ÁNGEL RODRIGO HEREDIA GONZÁLEZ-<br>DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN.<br> |