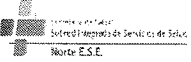


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA		CODIGO: AP-CT-F-62-01		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 1		
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2		
FECHA: 22/05/2020					
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		075-2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DENTRO DE LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AESTHETICS & MEDICAL SOLUTIONS S.A.S	N/A	N/A
			NIT: 900.567.130-8	N/A	N/A
HABILITANTES JURÍDICOS	1. Carta de presentación de la propuesta, modelo anexo entregado por la Subred Norte ESE	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	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	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:

 Ministerio de Salud y Protección Social Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			CODIGO: AP-CT-F-62-01 VERSION: 1 PAGINA: 2 DE 2 FECHA: 22/05/2020	
HABILITANTES JURÍDICOS	9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:	
	10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:	
	11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:	
	12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:	
	13. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2.No Cumple Observación: El oferente no allega la certificación bancaria solicitada a traves de la Invitación a Cotizar No. 075-2021	N/A Observación:	N/A Observación:	
OBSERVACIONES: AESTHETICS & MEDICAL SOLUTIONS S.A.S: El oferente no allega la certificación bancaria solicitada a traves de la Invitación a Cotizar No. 075-2021						
EVALUADORES						
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:			KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL ESPECIALIZADO III- DIRECCION DE CONTRATACIÓN			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE OPUESTAS SARLAFT		CÓDIGO: AP-CT-F-60-01 VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 22/05/2020
INFORMACIÓN DEL PROCESO			
PROCESO No		075-2021	
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR	
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DENTRO DE LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA.	
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT			
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	Proponente 1
			AESTHETICS & MEDICAL SOLUTION SAS NIT 900567130-8
3. HABILITANTES SARLAFT (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	CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	NO PRESENTA
	Documento composición accionaria	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en lista vinculante o restrictivas	CUMPLE / NO CUMPLE	NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS. CONSULTA No.233
OBSERVACIONES: El proponente 1: AESTHETICS & MEDICAL SOLUTION SAS NIT 900567130-8 NO CUMPLE con la verificación SARLAFT: Formato conocimiento del cliente o contraparte- empresa: Numeral 6: Declaración del origen de los fondos: literal 1: no describen los recursos. No anexa fotocopia de la declaración de renta.			
*Se efectuó la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por el oferente. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte SARLAFT.			
*La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012			
*La evaluación y análisis de la información presentada por el oferente se lleva a cabo en concordancia con lo dispuesto en el Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.			
EVALUADORES			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA/ ASESORA DE GERENCIA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL		
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA:01/10/2021		

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA			CÓDIGO: AP-CT-F-61-01	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			VERSION: 1	
				PAGINA: 1 DE 1	
				FECHA: 22/05/2020	
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		075-2021			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACION A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DENTRO DE LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AESTHETICS & MEDICAL SOLUTIONS SAS	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 9000.567.130-8	No. NIT:	No. NIT:
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIA DEL INVIMA PARA MEDICAMENTOS, DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	-	-
	2. CERTIFICACIÓN CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO PARA DISPOSITIVO 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 MEDICAMENTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	-	-
	4. CERTIFICACIÓN SOBRE CONDICIÓN DE DISTRIBUIDOR O FABRICANTE: EL PROPONENTE INDICAR CLARAMENTE EN LA OFERTA SI ES FABRICANTE O SI SE TRATA DE UN DISTRIBUIDOR O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO, RESPECTO DE LOS BIENES OFRECIDOS, LO CUAL SE ACREDITARÁ ACOMPAÑANDO LA PROPUESTA CON LA RESPECTIVA CARTA DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE PARA COMERCIALIZAR EN COLOMBIA LOS MENCIONADOS BIENES, O DEL REPRESENTANTE EN COLOMBIA QUE LO AUTORIZA COMO SU DISTRIBUIDOR. LAS CARTAS DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIÓN EXPEDIDAS EN EL EXTRANJERO DEBEN HABERSE EMITIDO CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES (ARTÍCULO 480 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES).	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	-	-
	5. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE FARMACO 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	-	-
	6. 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, QUE HAYA SIDO REALIZADA EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE	-	-

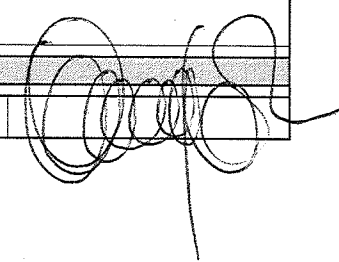
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DENTRO DE LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA.
--------------------	---

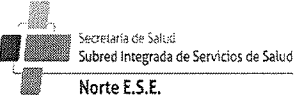
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
------------------------------	--	--	--	--	--

	7. FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO).	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE		
	8. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM), DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR, DEBIDAMENTE EXPEDIDA POR EL INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES.8. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM), DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR, DEBIDAMENTE EXPEDIDA POR EL INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE		
	9. ANEXAR CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DE MÁXIMO TRES CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS DEBIDAMENTE SUSCRITAS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, CUYO OBJETO DEBE SER IGUAL AL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL.EL PROPONENTE TAMBIÉN PODRÁ ACREDITAR LA EXPERIENCIA ALLEGANDO COPIA DE MÁXIMO TRES CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS, CON SU RESPECTIVA ACTA DE LIQUIDACIÓN QUE DEMUESTREN EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS MISMOS, Y CUYO OBJETO DEBE SER DE IGUALES CARACTERÍSTICAS AL DESCRITO ANTERIORMENTE Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL.	CUMPLE / NO CUMPLE	NO CUMPLE		
	LA CERTIFICACIÓN O ACTA DE LIQUIDACIÓN CON SU RESPECTIVA COPIA DEL CONTRATO, DEBE CONTENER COMO MÍNIMO: • ENTIDAD CONTRATANTE. • PERSONA O ENTIDAD A LA QUE CERTIFICAN CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN Y/O NIT. • OBJETO DEL CONTRATO • FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO. • VALOR DEL CONTRATO. • INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO AL 100%.				
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					

OBSERVACIONES: - EL PROPONENTE NO ANEXA NINGUN SOPORTE DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS TÉCNICOS EVALUADOS: 1.CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIA DEL INVIMA PARA MEDICAMENTOS, DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR. 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 MEDICAMENTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA 4.CERTIFICACIÓN SOBRE CONDICIÓN DE DISTRIBUIDOR O FABRICANTE: EL PROPONENTE INDICARÁ CLARAMENTE EN LA OFERTA SI ES FABRICANTE O SI SE TRATA DE UN DISTRIBUIDOR O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO, RESPECTO DE LOS BIENES OFRECIDOS, LO CUAL SE ACREDITARÁ ACOMPAÑANDO LA PROPUESTA CON LA RESPECTIVA CARTA DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE PARA COMERCIALIZAR EN COLOMBIA LOS MENCIONADOS BIENES, O DEL REPRESENTANTE EN COLOMBIA QUE LO AUTORIZA COMO SU DISTRIBUIDOR. LAS CARTAS DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIÓN EXPEDIDAS EN EL EXTRANJERO DEBEN HABERSE EMITIDO CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES (ARTÍCULO 480 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES). 5. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE FARMACO 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.6.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, QUE HAYA SIDO REALIZADA EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS. 7.FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO). 8.CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM), DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR, DEBIDAMENTE EXPEDIDA POR EL INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES. 9.ANEXAR CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DE MÁXIMO TRES CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS DEBIDAMENTE SUSCRITAS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, CUYO OBJETO DEBE SER IGUAL AL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL.EL PROPONENTE TAMBIÉN PODRÁ ACREDITAR LA EXPERIENCIA ALLEGANDO COPIA DE MÁXIMO TRES CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS, CON SU RESPECTIVA ACTA DE LIQUIDACIÓN QUE DEMUESTREN EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS MISMOS, Y CUYO OBJETO DEBE SER DE IGUALES CARACTERÍSTICAS AL DESCRITO ANTERIORMENTE Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL.

EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	ANIS CRISTINA RODRIGUEZ- DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS



	CONSOLIDADO DE EVALUACIONES INICIALES DE PROPUESTAS		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		075-2021	MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DENTRO DE LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			AESTHETICS & MEDICAL SOLUTIONS S.A.S.		
			No. NIT: 900.567.130-8		
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	2. No Cumple Observación:		
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	2. No Cumple Observación:		
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	2. No Cumple Observación: 2		
4. ECONÓMICOS	VALOR DE LA PROPUESTA	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	NO HABILITADO Observación:		

OBSERVACIONES:

Señor oferente AESTHETICS & MEDICAL SOLUTION S.A.S., Sirvase por favor hacer llegar en el término del traslado a más tardar 06/10/2021 a las 15:00 horas, los siguientes documentos.

JURÍDICO:

Certificación bancaria.

SARLAFT:

Formato conocimiento del cliente o contraparte- empresa: Numeral 6: Declaración del origen de los fondos: literal 1: no describen los recursos. No anexa fotocopia de la declaración de renta.

TÉCNICO:

1. CERTIFICADO CONDICIONES SANITARIA DEL INVIMA PARA MEDICAMENTOS, DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE O DISTRIBUIDOR.
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 MEDICAMENTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO), DEBIDAMENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA.
4. CERTIFICACIÓN SOBRE CONDICIÓN DE DISTRIBUIDOR O FABRICANTE: EL PROPONENTE INDICARÁ CLARAMENTE EN LA OFERTA SI ES FABRICANTE O SI SE TRATA DE UN DISTRIBUIDOR O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO, RESPECTO DE LOS BIENES OFRECIDOS, LO CUAL SE ACREDITARÁ ACOMPAÑANDO LA PROPUESTA CON LA RESPECTIVA CARTA DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIÓN DEL FABRICANTE PARA COMERCIALIZAR EN COLOMBIA LOS MENCIONADOS BIENES, O DEL REPRESENTANTE EN COLOMBIA QUE LO AUTORICE COMO SU DISTRIBUIDOR. LAS CARTAS DE AUTORIZACIÓN Y/O REPRESENTACIÓN EXPEDIDAS EN EL EXTRANJERO DEBEN HABERSE EMITIDO CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES (ARTÍCULO 480 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES).
5. INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE FARMACO 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.

6. 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, QUE HAYA SIDO REALIZADA EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS.
7. FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO (DEBE VENIR CODIFICADO CON EL RESPECTIVO NOMBRE DE CADA ÍTEM RELACIONADO).
8. CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM), DEPENDIENDO DE CALIDAD DE FABRICANTE Y/O DISTRIBUIDOR, DEBIDAMENTE EXPEDIDA POR EL INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES.
9. ANEXAR CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DE MÁXIMO TRES CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS DEBIDAMENTE SUSCRITAS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, CUYO OBJETO DEBE SER IGUAL AL SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA TRADICIONAL CHINA, NATUROPATÍA Y NEURALTERAPIA Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL. EL PROPONENTE TAMBIÉN PODRÁ ACREDITAR LA EXPERIENCIA ALLEGANDO COPIA DE MÁXIMO TRES CONTRATOS EJECUTADOS CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS, CON SU RESPECTIVA ACTA DE LIQUIDACIÓN QUE DEMUESTREN EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS MISMOS, Y CUYO OBJETO DEBE SER DE IGUALES CARACTERÍSTICAS AL DESCRITO ANTERIORMENTE Y QUE SUMADAS SEAN IGUALES O SUPERIORES AL PRESUPUESTO OFICIAL.

LA CERTIFICACIÓN O ACTA DE LIQUIDACIÓN CON SU RESPECTIVA COPIA DEL CONTRATO, DEBE CONTENER COMO MÍNIMO:

- ENTIDAD CONTRATANTE.
- PERSONA O ENTIDAD A LA QUE CERTIFICAN CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN Y/O NIT.
- OBJETO DEL CONTRATO
- FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO.
- VALOR DEL CONTRATO.
- INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO AL 100%.

NOTA: Encontrará el detalle de las observaciones en cada una de las evaluaciones.

Nombre, cargo y firma de quien consolida las evaluaciones:

ÁNGEL RODRIGO HEREDIA GONZÁLEZ-
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN.

Angel Heredia