

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

### INFORMACIÓN DEL PROCESO

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| <b>Proceso No.</b> | 058 DE 2018 |
|--------------------|-------------|

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

|                           |                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | Compra de los insumos para las ambulancias de APH |
|---------------------------|---------------------------------------------------|

### INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

| CRITERIO | DESCRIPCIÓN                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                                                                      |                      |                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
|          |                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                                                                                    | Proponente 2         | Proponente 3         |
|          |                                                                                                                      |                                                                                                                         | IMPORTADORA COLOMBIANA DE ARTICULOS ESPECIALES LTDA - IMCARE LTDA<br><br>No. NIT: 900068959 - 5 |                      |                      |
|          |                                                                                                                      | (NA)                                                                                                                    |                                                                                                 |                      |                      |
|          | 1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                       | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|          | 2. COMPROMISO ANTI-CORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).                             | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                       | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|          | 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS). | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                       | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|          | 4. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS).                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                       | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|          | 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -                                                                   | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br>Observación:                                                                       | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |
|          | 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 2. No Cumple<br>Observación: Dentro de la documentación allegada no se observa RIT              | N.A.<br>Observación: | N.A.<br>Observación: |

|                           |                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | Compra de los insumos para las ambulancias de APH |
|---------------------------|---------------------------------------------------|

#### INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

|                                  |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                                              |                                         |                                         |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>1. HABILITANTES JURÍDICOS</b> | 7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL.                                                                                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).            | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA.                                                                                                                                      | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |
|                                  | 14. PÓLIZAS DE SERIEDAD DE LA OFERTA MAYOR A (150) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES Y NO INFERIOR AL 10% DE LA PROPUESTA                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> | <div>N.A.</div> <div>Observación:</div> |

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:

KELLY JOHANNA ANGEL DEVIA - OFICINA DE CONTRATACION

*[Firma manuscrita]*

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

#### INFORMACIÓN DEL PROCESO

|                    |          |
|--------------------|----------|
| <b>Proceso No.</b> | 058-2018 |
|--------------------|----------|

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

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | Con el fin de darle cumplimiento a la suscripción del convenio 1222-2017 con la secretaria distrital de salud, mediante la cual la subred norte E.S.E. Se comprometa a aumentar los anular los esfuerzos para fortalecer la gestión integral en la respuesta sanitaria en el ámbito pre hospitalario, se requiere la compra de los insumos para las ambulancias de APH. |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN                                                                                    | CÓMO EVALUAR                                                        | EVALUACIÓN             |              |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                     | Proponente 1           | Proponente 2 | Proponente 3 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                     | IMCARE LTDA            |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                     | No. NIT: 900,068,959-5 | No. NIT:     | No. NIT:     |
| <b>3. TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)<br>1. Verificar la documentación y acreditación de los siguientes requisitos que soporten la parte técnica de la oferta. | para los insumos a los que aplique deberán presentar el respectivo registro sanitario - INVIMA | DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS ENVIADOS DEFINA SI CUMPLE O NO CUMPLE | Cumple                 |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                     |                        |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                     |                        |              |              |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                     | Cumple                 |              |              |

OBSERVACIONES: UNICO OFERENTE QUE SE PRESENTO DENTRO DEL TIEMPO ESTABLECIDO

#### EVALUADORES

|                                                   |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: | WALTER ALFONSO FLOREZ FLOREZ<br>Gestora de ambulancias APH<br> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|