

EVALUACIÓN DE PROPUESTAS		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
Proceso No.	INVITACIÓN A COTIZAR 021-2019 S.NTE				
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Otros mecanismos				
Objeto a contratar	SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN CADA UNA DE LAS UNIDADES.				
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			TECNICA ELECTROMEDICA S.A. NIT: 830.004.892-2	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA-PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DEPOSITO DE DROGAS BOYACA NIT: 17.068.260-3	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. – DISCOLMEDICA S.A.S. NIT: 828.002.423-5
FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		(NA)			
	1) a) Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred) b) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple 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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	4. Registro único de proponentes (expedición no mayor a noventa (90) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. 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 Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	7. fotocopia documento de identidad del representante legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			TECNICA ELECTROMEDICA S.A. NIT: 830.004.892-2	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA-PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DEPOSITO DE DROGAS BOYACA NIT: 17.068.260-3	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. – DISCOLMEDICA S.A.S. NIT: 828.002.423-5
1. HABILITANTES JURÍDICOS	8. certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: No allega antecedentes de la Personería del representante legal ni de la Entidad, por lo cual y teniendo en cuenta la Ley antitramites (019/ 2012) se procede a dar impresión del mismo, el cual me permito adjuntar a esta evaluación	Observación: No allega antecedentes del representante legal , por lo cual y teniendo en cuenta la Ley antitramites (019/ 2012) se procede a dar impresión del mismo, el cual me permito adjuntar a esta evaluación	Observación: No allega antecedentes del representante legal y la Entidad, por lo cual y teniendo en cuenta la Ley antitramites (019/ 2012) se procede a dar impresión del mismo, el cual me permito adjuntar a esta evaluación
	12. certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:	1. Cumple Observación:
	13. póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	YULY KATERIN DAVILA MARIN / Profesional de Apoyo Administrativo/ Dirección de Contratación 

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT
INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA 021 2019

INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR DIRECTA No.021- 2019

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES

VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT

DOCUMENTACION REQUERIDA	1.DISCOLMEDICA NIT. 900.231.692-2			2. DEPOSITO DROGAS BOYACA Y/O RAFAEL ANTONIO SALAMANCA NIT. 17.064.260-3			3. TECNICA ELECTROMEDICA NIT.900.301.585-3		
	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE
Camara y Comercio	X	X		X	X		X	X	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía Representante Legal	X	X		X	X		X	X	
Fotocopia del RUT	X	X		X	X		X	X	
Manifestacion inhabilidades e incompatibilidades	X	X		X	X		X	X	
Pago de Parafiscales	X	X		X	X		X	X	
Responsables Fiscales - Contraloría General de la República	X	X		X	X		X	X	
Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación	X	X		X	X		X	X	
Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá	X	X		X	X		X	X	
Certificado antecedentes Penales- Policía Nacional de Colombia	X	X		X	X		X	X	
SE de Presentación de compromiso Anticorrupción	X	X		X	X		X	X	
SE de Conocimiento del cliente Persona Natural	X	X		X	X		X	X	
Formato Conocimiento del cliente Persona Juridica	X	X		X	X		X	X	
Oferta de Servicios	X	X		X	X		X	X	
Información financiera	X	X		X	X		X	X	
Verificación en lista vinculante de la ONU-CLINTON	X	X		X	X		X	X	

OBSERVACIONES:

INFORME EVALUACION SARLAFT

Las propuestas presentadas por los oferentes: CUMPLEN, con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT.

Fecha de la evaluación : Marzo 06 de 2019

Elaboró:

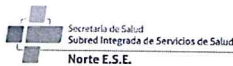

ASTRID TERESA RUSSI GUARIN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
SARLAFT

Calle. 66 No.15 - 41

Teléfono: 4431790

www.subrednorte.gov.co

Info: Línea 195

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

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	021 - 2019 S.NTE
-------------	------------------

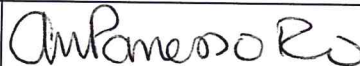
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ Invitación a Cotizar	B. ☐ Evento Especial	C. ☐ Convocatoria Pública	D. ☐ Otros mecanismos
-----------	--	---	---	--	--

Objeto a contratar	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN CADA UNA DE LAS UNIDADES
--------------------	--

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S No. NIT: 8 2 8 0 0 2 4 2 3-5	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA No. NIT: 17.068.260-3	TECNICA ELECTRO MEDICA S.A. No. NIT: 8 3 0 0 0 4 8 9 2-2
3. TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1- LOS OFERENTES DEBERÁN CONTAR CON CERTIFICACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM O CONCEPTO TECNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	2. No Cumple OBSERVACION: ANEXA CCAA DE LAS MARCAS OFERTADAS DEBE PRESENTAR CCAA PARA DISCOLMEDICA O VISITA DE INSPECCION DE SECRETARIA DONDE SE AVALA EL MANEJO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	1. Cumple OBSERVACION: CCAA COPIA ILEGIBLE no permite la verificación de vigencia del certificado PRESENTA ACTA DE VISITA CON CONCEPTO FAVORABLE	1. Cumple OBSERVACION: ANEXA CCAA CON FECHA VIGENTE HASTE EL 24/06/2023
	2- LOS OFERENTES DEBERÁN DOCUMENTAR LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA, DEBERÁ TAMBIÉN REFERENCIAR EL NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DEL PRECITADO PROGRAMA.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple OBSERVACION: REFERENTE: CARLOS MARIO BERRIO QUINTERO Correo electrónico: bodega@discolmedica.com.co Teléfono: 8705546 Ext: 119 Celular: 317-3060916	2. No Cumple OBSERVACION: No se evidencian inscripción a la red nacional de Tecnovigilancia ni se aporta información del referente y contacto.	2. No Cumple OBSERVACION: Adjunta documento de Programa de Tecnovigilancia. No aporta información del referente y contacto.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:			
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	GLORIA ANDREA PANESSO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DIRECCION ADMINISTRATIVA QUIMICA FARMACEUTICA	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:			