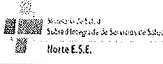
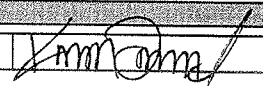


|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01                             |                                        |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                        |                                                                                                                         | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020 |                                        |                                        |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                   |                                        |                                        |
| PROCESO No                                                                                                                                                      | 128-2020                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                   |                                        |                                        |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                          | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                                   |                                        |                                        |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                              | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL SISTEMA DE GENERACIÓN DE VACIO MEDICINAL CENTRAL DE LAS UNIDADES Y/O SEDES DE CAPS CHAPINERO Y CES SUBA, QUE HACEN PARTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE ESE |                                                                                                                         |                                                   |                                        |                                        |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                   |                                        |                                        |
| CRITERIO                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                              | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN JURÍDICA                               |                                        |                                        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | Proponente 1                                      | Proponente 2                           | Proponente 3                           |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | POLARIS HOLDING SAS-PO-HOL SAS                    | N/A                                    | N/A                                    |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                          | NIT: 901.104.871-4                                                                                                      | N/A                                               | N/A                                    |                                        |
| HABITANTES 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>1. 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>1. 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>1. 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>1. 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>1. 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>1. 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>1. 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>      | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> |

|                                                                                   |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                        |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA                                                                                                        |                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                        | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01                              |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                        |                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                        | VERSIÓN: 1<br>PÁGINA : 2 DE 2<br>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                                                     | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                         | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>             |
|                                                                                   | 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                                                     | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                         | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>             |
|                                                                                   | 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                                                     | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div> | <div>N/A</div> <div>Observación:</div>             |
|                                                                                   | 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                                                     | <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>             |
| OBSERVACIONES:                                                                    |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                        |                                                    |
| EVALUADORES                                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                        |                                                    |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:                                |                                                                                                                                          | KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br> |                                                                      |                                        |                                                    |

|  | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                              | 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       |                         |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              |                         |                         |                         |
| <b>PROCESO No</b>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 128-2020                                                                                                                                                                                                                     |                         |                         |                         |
| <b>MODALIDAD DE SELECCIÓN</b>                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                         |                         |                         |                         |
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de generación de vacío medicinal central de las unidades y/o sedes de CAPS Chapinero y CES Suba, que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. |                         |                         |                         |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              |                         |                         |                         |
| CRITERIO                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                 | EVALUACIÓN TÉCNICA      |                         |                         |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              | Proponente 1            | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              | No. NIT:                | No. NIT:                | No. NIT:                |
| <b>TÉCNICOS</b>                                                                   | 1. Garantía mínima de un año referente al mantenimiento de los equipos objeto de la convocatoria, como también de los repuestos, piezas y partes, mediante carta firmada por el representante legal.                                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                           | /                       |                         |                         |
|                                                                                   | 2. Experiencia de contratación con el sector público y/o privado, mediante la presentación de mínimo (2) certificaciones de experiencia de contratos ejecutados de los últimos tres (3) años anteriores a la fecha de presentación de la presente invitación a cotizar, cuyo objeto sea igual o similar al del presente proceso. Cada certificación debe contener como mínimo:<br>• Número de contrato.<br>• Entidad contratante.<br>• Persona o entidad a la que | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                           |                         |                         |                         |

**OBJETO A CONTRATAR** Mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de generación de vacío medicinal central de las unidades y/o sedes de CAPS Chapinero y CES Suba, que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**INFORMACION DE LA EVALUACION**

| Máximo puntaje a asignar por criterios técnicos                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--|
| Traslada a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado | • Objeto del contrato.<br>• Valor del contrato: Por un monto igual o superior a la invitación a cotizar.<br>• Fecha de inicio y terminación del contrato.<br>• Las certificaciones deberán contener adicionalmente el nombre y cargo de quien la firma, dirección, teléfono y fecha de expedición. |                    |  |  |
|                                                                                                                                               | 3. Presentación de hojas de vida con soportes del personal que ejecutará las actividades, la cual debe contener como mínimo un (1) año de experiencia acorde al objeto de la presente invitación a cotizar.                                                                                        | CUMPLE / NO CUMPLE |  |  |
|                                                                                                                                               | 4. Presentación de protocolo de mantenimiento preventivo y correctivo de sistemas de generación de vacío medicinal.                                                                                                                                                                                | CUMPLE / NO CUMPLE |  |  |

**OBSERVACIONES:**  
La evaluación fue realizada, conforme a la información remitida en medio electrónico por el área de Contratación – Compras.  
El oferente POLARIS HOLDING SAS, no fue evaluado dado que no realizó la vista del día 28 de septiembre de 2020.

**EVALUADORES**

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: MACEDONIO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                                  | CÓDIGO: AP-GI-F-10-06 |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | VERSIÓN: 6            |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS | PÁGINA: 1 DE 2        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                             |                                 |                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| No. DE ACTA: 1                                              | FECHA: 28 DE SEPTIEMBRE DE 2020 |                 |
| REUNIÓN: VISITA TÉCNICA INVITACIÓN A COTIZAR 128-2020 S.NTE | HORA DE INICIO: 10:30           | FINALIZÓ: 10:50 |

| ASISTENTES          |                           |                    |
|---------------------|---------------------------|--------------------|
| NOMBRE              | CARGO                     | ENTIDAD            |
| MACEDONIO HERNANDEZ | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | SUBRED NORTE E.S.E |
| KAREN BARACALDO     | TÉNICO ADMINISTRATIVO     | SUBRED NORTE E.S.E |

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <b>ORDEN DEL DÍA</b>                                  |
| 1. Visita técnica invitación a cotizar 128-2020 S.NTE |

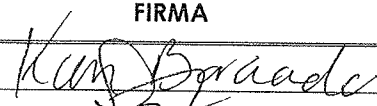
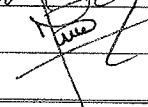
| CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR |             |                   |
|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR                                 | RESPONSABLE | % DE CUMPLIMIENTO |
|                                                             |             |                   |
|                                                             |             |                   |

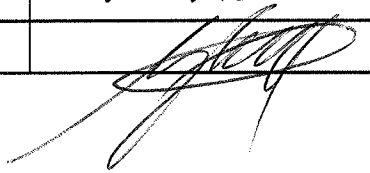
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>1. Siendo el día 28 de septiembre de 2020 y la hora señalada en el encabezado de esta acta, no se presenta ningún oferente a la visita técnica obligatoria, programada por la Subred Norte E.S.E a fin de verificar los equipos-objetos de la presente invitación.</p> |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                                  | CÓDIGO: AP-GI-F-10-06 |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS | VERSIÓN: 6            |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | PÁGINA: 2 DE 2        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>DECISIONES Y CONCLUSIONES</b> |
|                                  |

| COMPROMISOS Y TAREAS A REALIZAR | RESPONSABLE | FECHA |
|---------------------------------|-------------|-------|
|                                 |             |       |
|                                 |             |       |
|                                 |             |       |

| FIRMAS DE LOS ASISTENTES |                                                                                      |                               |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE                   | FIRMA                                                                                | CORREO ELECTRÓNICO            |
| KAREN BARACALDO          |  | Comprasrednorte7@gmail.com    |
| MACEDONIO HERNANDEZ      |   | ingenieria@subrednorte.gov.co |
|                          |                                                                                      |                               |

|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                               | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS SARLAFT</b>                                                                                                                                                                                         |                    | 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                                     |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| PROCESO No                                                                                                                                                                                                                  | 128-2020 S.NTE                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                       |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                                                                      | INVITACION A COTIZAR                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                                                       |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                                                                          | "MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL SISTEMA DE GENERACIÓN DE VACÍO MEDICINAL CENTRAL DE LAS UNIDADES Y/O SEDES DE CAPS CHAPINERO Y CES SUBA, QUE HACEN PARTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.." |                    |                                                                                       |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                     | CÓMO EVALUAR       | Proponente 1                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                 |                    | POLARIS HOLDING SAS                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                 |                    | NIT: 901.104.871-4                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| <b>3. HABILITANTES SARLAFT</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o 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 | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                             | Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON                                                                                                                                                                             | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                |
| OBSERVACIONES: La propuesta presentada por la empresa POLARIS HOLDING SAS CUMPLE. Con la verificación de la información SARLAFT.                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| *Se llevo a cabo la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. 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 |                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                       |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                           | DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO                                                                                                                                                       |                    |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                           | ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT                                                                                                                                                           | 06/10/2020         |  |