

| INFORMACIÓN DEL PROCESO                      |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                               |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proceso No.                                  | INVITACIÓN A COTIZAR 021-2019 S.NTE                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                               |
| Modalidad                                    | (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"/> 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                                                                                                  |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | <b>TECNICA ELECTROMEDICA S.A.</b><br><br><b>NIT: 830.004.892-2</b> | <b>RAFAEL ANTONIO SALAMANCA-PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DEPOSITO DE DROGAS BOYACA</b><br><br><b>NIT: 17.068.260-3</b> | <b>DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. – DISCOLMEDICA S.A.S.</b><br><br><b>NIT: 828.002.423-5</b> |
| 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)<br>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<br><br>Observación:                                      | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                         | 1. Cumple<br><br>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<br><br>Observación:                                      | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                         | 1. Cumple<br><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><br>Observación:                                      | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                         | 1. Cumple<br><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 | N.A.<br><br>Observación:                                           | N.A.<br><br>Observación:                                                                                                              | N.A.<br><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><br>Observación:                                      | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                         | 1. Cumple<br><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 | 1. Cumple<br><br>Observación:                                      | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                         | 1. Cumple<br><br>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<br><br>Observación:                                      | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                         | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                 |

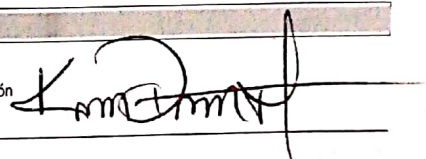
| CRITERIO                         | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                                                                                                                                                                                                                                                                        | Proponente 2                                                                                                                                                                                                                                       | Proponente 3                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | <b>TECNICA ELECTROMEDICA S.A.</b><br><br><b>NIT: 830.004.892-2</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>RAFAEL ANTONIO SALAMANCA-PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DEPOSITO DE DROGAS BOYACA</b><br><br><b>NIT: 17.068.260-3</b>                                                                                                              | <b>DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. – DISCOLMEDICA S.A.S.</b><br><br><b>NIT: 828.002.423-5</b>                                                                                                                                                  |
| <b>1. HABILITANTES JURÍDICOS</b> | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                                        | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                       | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                                        | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                       | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                                        | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                       | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  | 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 | <div>1. Cumple</div> <div>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</div> | <div>1. Cumple</div> <div>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</div> | <div>1. Cumple</div> <div>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</div> |
|                                  | 12. 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>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                       | <div>1. Cumple</div> <div>Observación:</div>                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  | 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 | <div>N.A.</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:

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 MEDICO QUIRURGICOS 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<br>NIT. 900.231.692-2 |        |           | 2. DEPOSITO DROGAS BOYACA Y/O<br>RAFAEL ANTONIO SALAMANCA NIT.<br>17.064.260-3 |        |           | 3. TECNICA ELECTROMEDICA<br>NIT 900.301.645-3 |        |           |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------------------------------------------|--------|-----------|
|                                                                      | MEDIO<br>MAGNETICO                   | CUMPLE | NO CUMPLE | MEDIO<br>MAGNETICO                                                             | CUMPLE | NO CUMPLE | MEDIO<br>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      |           |
| Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción                   | X                                    | X      |           | X                                                                              | X      |           | X                                             | X      |           |
| Formulario Conocimiento del cliente Persona Natural                  | X                                    | X      |           | X                                                                              | X      |           | X                                             | X      |           |
| Formulario Conocimiento del cliente Persona Jurídica                 | 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

4431790

www.subrednorte.gov.co

Info: Línea 195

|                                                                                                                                                                      |                                                                                   |  |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  GOBIERNO DE BOYACÁ<br>Gobierno departamental de servicios de salud<br>Norte S.S.E. | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTA</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**

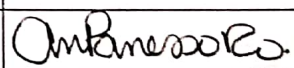
Proceso No. **021-2019 S.N.T.E.**

Modalidad: Marque con una X dependiendo la modalidad de selección: A ☒ Invitación a Cotizar B ☐ Llamado Especial C ☐ Convocatoria Pública D ☐ Otros mecanismos

Objeto a contratar: **SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS 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                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         | DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S - DISCOLMEDICA S.A.S<br>No. NIT: 828002423-6                                                                                          | RAFAEL ANTONIO SALAMANCA<br>No. NIT: 17068260-3                                                                                                               | TECNICA ELECTRO MEDICA S.A.<br>No. NIT: 830004892-2                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>3. TÉCNICOS</b><br>(Traslada a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o 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 ACCIONAMIENTO COAA, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS CCBPM O CONCEPTO TÉCNICO 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<br><br>OBSERVACION:<br>ANEXA COAA DE LAS MARCAS OPERADAS<br>EL ACTA DE INSPECCIÓN REALIZADA LA LA BODEGA DE NEIVA NO AMPARA EL MANEJO DE DISPOSITIVOS MEDICOS           | 1. Cumple<br><br>OBSERVACION:<br>COAA COPIA ILEGIBLE no permite la verificación de vigencia del certificado<br>PRESENTA ACTA DE VISITA CON CONCEPTO FAVORABLE | 1. Cumple<br><br>OBSERVACION:<br>ANEXA COAA CON FECHA VIGENTE HASTA EL 24/08/2023                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                       | 2. LOS OFERENTES DEBERÁN DOCUMENTAR LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE TECNIOVIGILANCIA. 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<br><br>OBSERVACION:<br>REFERENTE: CARLOS MARIO BERRIO QUINTERO<br><br>Correo electrónico: bodega@discolmedica.com.co<br>Teléfono: 8705546 Ext. 119<br>Celular: 317-3060916 | 2. No Cumple<br><br>OBSERVACION:<br>No se evidencia inscripción a la red nacional de Tecniovigilancia ni se aporta información del referente y contacto       | 1. Cumple<br><br>OBSERVACION:<br>Adjunta documento de Programa de Tecniovigilancia.<br>Adjunta constancia de la inscripción sin embargo al no aportarse la información del contacto del referente del programa se reportará al firmante como representante legal<br><br>HERNAN MOLANO RIVERO |

| 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 |  |

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

| INFORMACIÓN DEL PROCESO |                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Proceso No.             | INVITACIÓN A COTIZAR 021-2019                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| Modalidad               | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) <input checked="" type="checkbox"/> B Invitación <input type="checkbox"/> Evento Especi. C <input type="checkbox"/> Convocatoria Pub. D <input type="checkbox"/> 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 UNO DE LAS UNIDADES                                                                           |  |  |  |

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN |             |                        |              |              |  |  |
|------------------------------|-------------|------------------------|--------------|--------------|--|--|
| CRITERIO                     | DESCRIPCIÓN | EVALUACIÓN             |              |              |  |  |
|                              |             | Proponente 1           | Proponente 2 | Proponente 3 |  |  |
|                              |             | TÉCNICA ELECTRO MÉDICA |              |              |  |  |
|                              |             | NIT No. 830.004.892-2  |              |              |  |  |

| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |          |      |                                                                   |                                                                |                       |   |   |
|----------------------------------------------|----------|------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|---|---|
| 4. ECONÓMICOS                                | CANTIDAD | Item | NOMBRE/DESCRIPCIÓN                                                | ESPECIFICACIÓN TÉCNICA                                         | VALOR DE LA PROPUESTA |   |   |
|                                              | 1        | 1    | FILTRO EXHALATORIO AZUL REUSABLE ADULTO/PEDIÁTRICO                | FILTRO EXHALATORIO PARA VENTILADOR MECÁNICO PURITAN BENNET 840 | \$ 509 201            |   |   |
|                                              | 1        | 2    | FILTRO EXHALATORIO VERDE DESECHABLE NEONATAL                      | FILTRO EXHALATORIO PARA VENTILADOR MECÁNICO PURITAN BENNET 840 | \$ 89 131             |   |   |
|                                              | 1        | 5    | INHALOCÁMARA PARA VENTILACIÓN MECÁNICA NEONATAL                   | COMPATIBLE CON CIRCUITO UNIVERSAL NEONATAL                     | 0                     |   |   |
|                                              | 1        | 10   | INCENTIVO PEDIÁTRICO RESPIRATORIO                                 |                                                                | \$ 35 700             |   |   |
|                                              | 1        | 11   | KIT MICRONEBULIZADOR NEONATAL                                     |                                                                | 0                     |   |   |
|                                              | 1        | 12   | CIRCUITO PEDIÁTRICO DESECHABLE CON CÁMARA                         |                                                                | \$ 181 951            |   |   |
|                                              | 1        | 33   | KIT DE ADMINISTRACIÓN DE ÓXIDO NITRICO REF 202370123 MARCA INOMAX |                                                                | 0                     |   |   |
| VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA                  |          |      |                                                                   |                                                                | \$ 815.983            | 0 | 0 |

OBSERVACIONES:

|                                                                        |     |     |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR TODOS LOS CRITERIOS TÉCNICOS Y ECONÓMICOS | N/A | N/A | N/A |
|------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|

| EVALUADORES                                         |                                                               |                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador Criterio Económico: | KAREN BARACALDO VARGAS - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS  | <i>Karen Baracaldo</i> |
| Nombre, cargo y firma Evaluador Criterio Económico: | LUIS ENRIQUE PÁEZ FALLA - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS | <i>E. P. Falla</i>     |