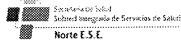
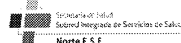
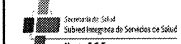


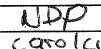
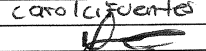
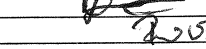
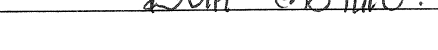
|  | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         | 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                                                                        | 024-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                                                                                                                                                          |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                            | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                                                                                                                                                          |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 Y 2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE USAQUÉN, CHAPINERO, ENGATIVÁ, SUBA, BARRIOS UNIDOS Y TEUSAQUILLO Y DEMÁS QUE CONFORMAN LA SUBRED NORTE. |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                                                                                                                                                          |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                                                                                                                                                          |
| CRITERIO                                                                          | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN JURÍDICA                                                                                                                                                                      |                                                            |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | Proponente 1                                                                                                                                                                             | Proponente 2                                               | Proponente 3                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | HEALTHUMANA SAS<br><br>NIT: 900.751.323-0                                                                                                                                                | ENTIS LABORATORIO ORTOPÉDICO SAS<br><br>NIT: 830.147.758-7 | ORTOPÉDICOS FUTURO COLOMBIA SAS<br><br>NIT: 900.824.186-2                                                                                                                                |
|                                                                                   | 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 | 2.No Cumple<br><br>Observación: El documento allegado de presentación de propuesta, no evidencia el número de la invitación a cotizar para la cual se presenta, ni el objeto a contratar | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 2.No Cumple<br><br>Observación: El documento allegado de presentación de propuesta, no evidencia el número de la invitación a cotizar para la cual se presenta, ni el objeto a contratar |
| HABILITANTES JURÍDICOS                                                            | 2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            |
|                                                                                   | 3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            |
|                                                                                   | 4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición no mayor a treinta (30) días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            |
|                                                                                   | 5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            |
|                                                                                   | 6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 2.No Cumple<br><br>Observación: NO anexó RIT                                                                                                                                             |
|                                                                                   | 7. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 2.No Cumple<br><br>Observación: no anexó documento de identidad del representante legal                                                                                                  |
|                                                                                   | 8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple<br><br>Observación:                                                                                                                                                            | 1. Cumple<br><br>Observación:                              | 2.No Cumple<br><br>Observación: no anexó Certificado de Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Hospital General de la Nación<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                          | <b>EVALUACIÓN DE PROPUUESTAS JURÍDICA</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                   |                                   | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA : 2 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020                                                    |
| <b>HABITANTES JURÍDICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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> Observación:                                                                                                                                                                                                 | <div>1. Cumple</div> Observación: | <div>2.No Cumple</div> Observación: no anexó Certificado de antecedentes - Contraloría de la Empresa y del Representante Legal |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10. Certificado de antecedentes - Personería de Bogota 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> Observación: No allega certificado antecedentes Personería del representante legal. Por lo cual la entidad de conformidad con la ley antitramites procede hacer la respectiva consulta e impresión del mismo | <div>1. Cumple</div> Observación: | <div>2.No Cumple</div> Observación: no anexó certificado Personería de Bogota del Representante Legal,                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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> Observación:                                                                                                                                                                                                 | <div>1. Cumple</div> Observación: | <div>2.No Cumple</div> Observación: no anexó Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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> Observación:                                                                                                                                                                                                 | <div>1. Cumple</div> Observación: | <div>2.No Cumple</div> Observación: no anexó Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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>2.No Cumple</div> Observación: no anexó certificación bancaria                                                                                                                                                               | <div>1. Cumple</div> Observación: | <div>2.No Cumple</div> Observación: no anexó certificación bancaria                                                            |
| <b>OBSERVACIONES: HEALTHUMANA SAS NO CUMPLE: 1. El documento allegado de presentación de propuesta, no evidencia el número de la invitación a cotizar para la cual se presenta, ni el objeto a contratar 2. no anexó certificación bancaria. ORTOPÉDICOS FUTURO COLOMBIA SAS NO CUMPLE: 1. El documento allegado de presentación de propuesta, no evidencia el número de la invitación a cotizar para la cual se presenta, ni el objeto a contratar 2. NO anexó RIT 3. no anexó documento de identidad del representante legal 4. no anexó Certificado de Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal 5. no anexó Certificado de antecedentes Contraloría de la Empresa y del Representante Legal 6. no anexó certificado Personería de Bogota del Representante Legal 7. no anexó Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal 8. no anexó Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas 9. no anexó certificación bancaria</b> |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                                                                                |
| <b>EVALUADORES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                                                                                |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          | JOAQUÍN MARTÍNEZ GARCÍA-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO<br>DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN                                       |                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                                                                                |

|    |                                                                                                                                           | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 1 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020 |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                      |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                                                            |                     |
| <b>PROCESO No:</b>                                                                  |                                                                                                                                           | 024-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                                                            |                     |
| <b>MODALIDAD DE SELECCIÓN</b>                                                       |                                                                                                                                           | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                            |                     |
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>                                                           |                                                                                                                                           | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 Y 2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE USAQUÉN, CHAPINERO, ENGATIVÁ, SUBA, BARRIOS UNIDOS Y TEUSAQUILLO Y DEMÁS QUE CONFORMAN LA SUBRED NORTE. |                                                    |                                                                            |                     |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                                 |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                                                            |                     |
| CRITERIO                                                                            | DESCRIPCIÓN                                                                                                                               | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EVALUACIÓN JURÍDICA                                |                                                                            |                     |
|                                                                                     |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Proponente 4                                       | Proponente 5                                                               | Proponente 6        |
|                                                                                     |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS<br>NIT: 900.514.360-8 | TU SALUD H&G SAS<br>NIT: 900.259.168-6                                     | N/A                 |
|                                                                                     | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
| HABILITANTES JURÍDICOS                                                              | 2. Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred).                                            | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 3. Compromiso anticorrupción (modelo anexo No. 3 entregado por la Subred)                                                                 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 4. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedición no mayor a treinta (30) días)                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 5. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT                                                                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 6. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT                                                                         | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 7. Fotocopia del documento de Identidad del Representante Legal                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 8. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días. | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|                                                                                     | 9. Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.  | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Cumple<br>Observación:                          | 1. Cumple<br>Observación:                                                  | N/A<br>Observación: |
|  |                                                                                                                                           | <b>EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    | CÓDIGO: AP-CT-F-62-01<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA: 2 DE 2<br>FECHA: 22/05/2020 |                     |

|                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                        |                                                                                     |                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>HABILITANTES JURÍDICOS</b>                      | 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 | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N/A"/><br>Observación: |
|                                                    | 11. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.                                    | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N/A"/><br>Observación: |
|                                                    | 12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días. | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N/A"/><br>Observación: |
|                                                    | 13. Certificación Bancaria                                                                                                           | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación: | <input type="text" value="1. Cumple"/><br>Observación:                              | <input type="text" value="N/A"/><br>Observación: |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                              |                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                        |                                                                                     |                                                  |
| <b>EVALUADORES</b>                                 |                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                        |                                                                                     |                                                  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico: |                                                                                                                                      | JOAQUÍN MARTÍNEZ GARCÍA-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO<br>DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN                                |                                                        |  |                                                  |

1. Cumple  
2.No Cumple  
N/A

|                                                                                      | EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    | CODIGO: AP-CT-F-61-01<br>VERSIÓN: 1<br>PAGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020                                       |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                       | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| INFORMACIÓN DEL PROCESO                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| PROCESO No                                                                                                                                                            | 024-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                    | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 Y 2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE LAS LOCALIDADES DE USAQUEN, CHAPINERO, ENGATIVÁ, SUBA, BARRIOS UNIDOS Y TEUSAQUILLO Y DEMÁS QUE CONFORMAN LA SUBRED NORTE |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| CRITERIO                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CÓMO EVALUAR       | EVALUACIÓN TÉCNICA                                                                                               |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    | Proponente 1                                                                                                     | Proponente 2                                                                                                | Proponente 3                                                                         | Proponente 4                                                                         | Proponente 5                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    | TU SALUD IPS<br>No. NIT: 9002059168-6                                                                            | PRAXIS DISEÑOS INDUSTRIALES SAS<br>No. NIT: 900514360-8                                                     | HEALTHUMANA SAS<br>No. NIT: 900.751.323-0                                            | ORTOPEDICOS FUTURO<br>No. NIT: 900824186-2                                           | ENTHIS LABORATORIO ORTOPEDICO SAS<br>No. NIT: 830.147.758-7                                                                                                                    |
| <b>A. TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | 1. Registro de Inscripción a las buenas practicas de manufacturas según art.8 del Decreto 4725 del 2005 expedido por el INVIMA cuando corresponda a fabricantes. En lo correspondiente a los Distribuidores deberán anexar la carta de su fabricante. Observación: se valida de acuerdo al art. No. 4 Certificado Concepto Sanitario                                                                                                                        | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE - PRESENTA DOCUMENTOS DE CERTIFICADO DE CONCEPTO SANITARIOS                                               | CUMPLE - PRESENTA DOCUMENTO DE CERTIFICADO DE CONCEPTO SANITARIO                                            | NO CUMPLE - NO PRESENTA DOCUMENTO DE INVIMA                                          | NO CUMPLE - NO PRESENTA DOCUMENTO                                                    | CUMPLE PRESENTA CERTIFICADOS DE CONCEPTOS SANITARIOS                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                       | 2. Registro sanitario INVIMA para los items ofertados de los grupos de dispositivos de asistencia personal de movilidad y protección / línea blanda (cuando aplique)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE - PRESENTA DOCUMENTOS POR FABRICANTES                                                                     | CUMPLE - PRESENTA DOCUMENTOS POR FABRICANTES                                                                | NO CUMPLE - NO PRESENTA DOCUMENTO DE INVIMA                                          | NO CUMPLE - NO PRESENTA DOCUMENTO                                                    | CUMPLE PRESENTA REGISTROS INVIMA GENERALES PARA LINEA BLANDA, DAP SANITARIOS Y SILLA QUE NO SON SOBRE MEDIDAS                                                                  |
|                                                                                                                                                                       | 3. Carta del fabricante donde autorice la comercialización del producto para los Distribuidores y /o comercializadora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                                           | CUMPLE                                                                                                      | NO CUMPLE - NO PRESENTA DOCUMENTO                                                    | NO CUMPLE - NO PRESENTA DOCUMENTO                                                    | CUMPLE                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                       | 4. Fichas técnica expedida por el FABRICANTE la cual debe contener: Especificaciones Técnicas, Cuidados y tiempos de Garantía.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE / NO CUMPLE | NO CUMPLE AUNQUE PRESENTA EL TOTAL DE FICHAS ALGUNAS NO DESCRIBEN LOS CUIDADOS COMO SE SOLICITA EN LA INVITACIÓN | NO CUMPLE AUNQUE PRESENTA EL TOTAL DE FICHAS NO SE DESCRIBEN LOS CUIDADOS COMO SE SOLICITA EN LA INVITACION | NO CUMPLE - PRESENTA FICHAS INCOMPLETAS Y NO DESCRIBE LO SOLICITADO EN LA INVITACION | NO CUMPLE - PRESENTA FICHAS INCOMPLETAS Y NO DESCRIBE LO SOLICITADO EN LA INVITACION | NO CUMPLE AUNQUE PRESENTA EL TOTAL DE FICHAS NO DESCRIBEN LOS CUIDADOS COMO SE SOLICITA EN LA INVITACION, COMO ADICIONAL PRESENTAN MANUALES DE CUIDADO DE ALGUNOS DISPOSITIVOS |
| <b>B. APORTAR LOS DOCUMENTOS POR MEDIO DE LOS CUALES PUEDA ACREDITAR LOS SIGUIENTES REQUISITOS</b>                                                                    | 1. CAPACIDAD ORGANIZACIONAL DE LA EMPRESA: La infraestructura técnica, administrativa y operativa del distribuidor o fabricante con la que cuenta para el suministro y elaboración de las ayudas técnicas ofrecidas (VISITA A LOS PUNTOS)                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                                           | CUMPLE                                                                                                      | CUMPLE                                                                               | CUMPLE                                                                               | CUMPLE                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                       | 2. CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS: Espacios de bodegaje, organización, embalaje y adaptación de los elementos ofertados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                                           | CUMPLE                                                                                                      | CUMPLE                                                                               | CUMPLE                                                                               | CUMPLE                                                                                                                                                                         |
| <b>C. EXPERIENCIA DEL OFERENTE</b>                                                                                                                                    | 1. Como experiencia, el proponente deberá anexar máximo 3 (tres) contratos ejecutados con entidades públicas o privadas con objeto similar al presente proceso y que sumadas sean iguales o superiores al presupuesto asignado a este proceso                                                                                                                                                                                                               | CUMPLE / NO CUMPLE | CUMPLE                                                                                                           | CUMPLE                                                                                                      | CUMPLE                                                                               | CUMPLE                                                                               | CUMPLE                                                                                                                                                                         |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| EVALUADORES                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:                                                                                                                     | SANDRA CHACON; PROFESIONAL ESPECIALIZADO - TERAPEUTA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                                                                                  |                        |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                       | NIDA DAZA; PROFESIONAL ESPECIALIZADO- FISIOTERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                                                                                  |                        |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                       | CAROL CIFIENTES DAZA; PROFESIONAL ESPECIALIZADO FONOAUDOLOGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                                                                                                  |                        |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                       | MAGALY NUÑEZ; PROFESIONAL ESPECIALIZADO FISIOTERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                                                  |                        |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                       | RUTH CASTILLO; PROFESIONAL ESPECIALIZADO- FISIOTERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                                                                                                                  |                        |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |

| REVISIÓN FICHAS TÉCNICAS GRUPO 1 Y 2<br>INVITACIÓN A COTIZAR 024 - 2021   |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                           |                                                                                |                           |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DAP SOLICITADOS GRUPO 1 (MOVILIDAD) Y GRUPO 2 (PROTECCIÓN Y LINEA BLANDA) |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PROPONENTE 1                    | PROPONENTE 2                                              | PROPONENTE 3                                                                   | PROPONENTE 4              | PROPONENTE 5                                                                                   |
|                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TU SALUD IPS                    | PRAXIS DISEÑOS INDUSTRIALES SAS                           | HEALTHUMANA SAS                                                                | ORTOPEDICOS FUTURO        | ENTHIS LABORATORIO OROTPEDICO SAS                                                              |
| ITEM                                                                      | NOMBRE / DESCRIPCIÓN                                           | ESPECIFICACIÓN TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OBSERVACIONES                   | OBSERVACIONES                                             | OBSERVACIONES                                                                  | OBSERVACIONES             | OBSERVACIONES                                                                                  |
| 1.                                                                        | COCHE NEUROLOGICO                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>* DAP fabricado teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente.</li><li>* La prescripción se debe realizar para usuarios de estatura máxima de 1,20 metros resistente al peso hasta 150 Kg.</li><li>* Fabricado en aluminio, resistente al agua, anticorrosivo acabado en pintura hornada de alta resistencia.</li><li>* Estructura totalmente plegable para su cómoda transportación.</li><li>* Ruedas traseras de 10" 12" o 14" inflables en poliuretano anti pinchaduras, Rin en aluminio, manzanas de acero con rodamientos.</li><li>* Ruedas delanteras de 6" u 8", anti pinchaduras, con tenedor en aluminio y rodamiento de uso para todo terreno.</li><li>* Amortiguación trasera regulable en forma continua.</li><li>* Sistema de frenos para cuidador mediante manillar de fácil operación alta eficiencia.</li><li>* Espaldar reclinable hasta 160° sistema hidráulico de múltiples posiciones.</li><li>* Apoyabrazos elevables desde 0 a 90 grados graduables en altura. Plataforma abatible de poliuretano de alto impacto.</li><li>* Tapizado en lona huracán de alta resistencia, adherida con tornillos, pasantes de seguridad en tela cubriendo los mismos tornillos.</li><li>* Colchonera ergonómica de posicionamiento en espuma inyectada mediante velcro con topes laterales en cadera, (de acuerdo a requerimiento y retoma de medidas con proveedor).</li><li>* El sistema de posicionamiento puede incluir: topes laterales de tronco, de cadera, abductor de cadera con velcro o con soporte metálico (elaborado en material sólido, forrado en material confortable y ergonómico, según necesidad del usuario).</li><li>* El sistema de sujeción puede incluir: calzón anti escorrido, pechera, arnés torácico ajustable de fácil postura, cinturón pélvico sencillo y/o cinturón pélvico 4 puntos, (todos estos elementos deben ser acolchados). Hebillas de seguridad de ajuste bilateral ajustado al marco por medio de guías, no fijo con tornillo, Correas en muslos bandas posterior en gemelos, correa galapias banda oefálica entre otros.</li><li>* Sistema de graduación para el crecimiento (Regulación progresiva de la profundidad del asiento, ancho, altura del espaldar y longitud de la pierna).</li><li>* Apoya cabeza tipo mariposa.</li><li>* Frenos de acero cromados en las ruedas traseras.</li><li>* Capota plegable para protección del Sol y la lluvia.</li><li>* Maletero ubicado en la parte inferior del coche.</li></ul> | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 2.                                                                        | SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL EN ALUMINIO                       | <ul style="list-style-type: none"><li>* Deben ser fabricada teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente las medidas otorgadas por el equipo profesional del convenio y retoma de medidas con el proveedor de acuerdo a necesidad.</li><li>* Resistente al peso hasta 80 Kg y se debe reforzar en caso de usuarios que excedan este peso.</li><li>* Marco en aluminio con acabado en pintura electrostática u hornable tubo de aluminio de un 3" Calibre 3.17 mm y/o 1" Calibre 2.14mm.</li><li>* Estructura totalmente plegable de fácil transporte y almacenamiento.</li><li>* Ruedas traseras de 22" 24" o 26" inflables y/o anti pinchaduras con aro propulsor en acero niquelado y/o cobertura en caucho, manzanas en aluminio, con cobertura de tapa en hongo de fácil operación y de desmonte rápido.</li><li>* Ruedas delanteras 4" 6" y 8" pulgadas con tenedores de acero cromados y ajustables para este tipo de llantas y balineras.</li><li>* Frenos en aluminio tipo balanza o tira de fácil manipulación con barra de contacto en acero grabado con extensión de acuerdo al requerimiento.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DL CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 3.                                                                        | SILLA DE RUEDAS EJECUTIVA PLEGABLE                             | <ul style="list-style-type: none"><li>* Fabricadas teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente en las medidas otorgadas por el equipo profesional y retoma realizada por el fabricante.</li><li>* Resistente al peso hasta 80 kg o reforzada en caso de usuarios que exceda el mismo.</li><li>* Marco plegable en tubo de aluminio tubo de 3" pulgadas calibre 3.17mm y/o 1" calibre 2.14mm con acabado en pintura hornada.</li><li>* Ruedas traseras de 22, 24, y/o 26" inflables y/o anti pinchadura, corazas importadas 24x1, 25 x 1, manzanas de aluminio con rodamientos, de desmonte rápido y tapa tipo hongo de fácil manejo, cambio de acuerdo al requerimiento de la prescripción.</li><li>* Ruedas delanteras macizas de 4" 5" 6" u 8", tenedores de aluminio con rodamientos.</li><li>* Tenedores de ALUMINIO, Sistema de Ajuste y Graduación de la Vertical.</li><li>* Cinturón pélvico de 45 a 90" y/o de cuatro puntos, acolchado fino, no se debe llevar doble refuerzo.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 4.                                                                        | SILLA DE RUEDAS EJECUTIVA MARCO FIJO                           | <ul style="list-style-type: none"><li>* Fabricada teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente en las medidas otorgadas por el equipo profesional y retoma realizada por el fabricante.</li><li>* Resistente al peso hasta 80 kg o reforzada en caso de usuarios que excedan este peso.</li><li>* Marco fijo en tubo de aluminio tubo de 3" pulgadas calibre 3.17mm y/o 1" calibre 2.14mm con acabado en pintura hornada.</li><li>* Espaldar abatible de fácil manejo</li><li>* Ruedas traseras de 22, 24, y/o 26" inflables y/o anti pinchadura, corazas importadas 24x1, 25 x 1, manzanas de aluminio con rodamientos, de desmonte rápido y tapa tipo hongo de fácil manejo, cambio de acuerdo al requerimiento de la prescripción.</li><li>* Ruedas delanteras macizas de 4" 5" 6" u 8", tenedores de aluminio con rodamientos.</li><li>* Cinturón pélvico de 45 a 90" y/o de cuatro puntos, acolchado fino, no se debe llevar doble refuerzo.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 5.                                                                        | SILLA DE RUEDAS EJECUTIVA MARCO FIJO CON SISTEMA DE SUSPENSIÓN | <ul style="list-style-type: none"><li>* Fabricada teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente en las medidas otorgadas por el equipo profesional y retoma realizada por el fabricante.</li><li>* Resistente al peso hasta 80 kg o reforzada en caso de usuarios que excedan este peso.</li><li>* Marco fijo en tubo de aluminio tubo de 3" pulgadas calibre 3.17mm y/o 1" calibre 2.14mm con acabado en pintura hornada.</li><li>* Sistema de Suspensión trasera.</li><li>* Ruedas traseras de 22, 24, y/o 26" inflables y/o anti pinchadura, corazas importadas 24x1, 25 x 1, manzanas de aluminio con rodamientos, de desmonte rápido y tapa tipo hongo de fácil manejo, cambio de acuerdo al requerimiento de la prescripción.</li><li>* Espaldar abatible de fácil manejo.</li><li>* Ruedas delanteras macizas de 4" 5" 6" u 8", tenedores de aluminio con rodamientos.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 6.                                                                        | SILLA DE RUEDAS NEUROLOGICA EN ALUMINIO                        | <ul style="list-style-type: none"><li>* Fabricadas teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente las medidas otorgadas por el equipo profesional y la retoma realizada con el proveedor y/o fabricante.</li><li>* Resistente al peso hasta 80 kg reforzada en caso de usuarios que excedan este peso.</li><li>* Marco monobloque y/o plegable en aluminio con tubo de aluminio tubo de aluminio de 3" calibre 3.17mm y/o 1" calibre 2.14mm acabado en pintura hornada.</li><li>* Sistema de asiento basculante en cualquier angulación de 0 a 40 grados.</li><li>* Espaldar reclinable hasta 160 grados.</li><li>* Ruedas traseras de 12, 16 y 20", inflables y/o anti pinchaduras, manzanas de aluminio. Ejes de desmonte rápido con tapa hongo de fácil operación.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 7.                                                                        | SILLA DE RUEDAS TIPO CUIDADOR - ALUMINIO                       | <ul style="list-style-type: none"><li>* Fabricadas teniendo en cuenta las necesidades del usuario y específicamente las medidas otorgadas por el equipo profesional del convenio.</li><li>* Resistente al peso hasta 80 kg o reforzada en caso de usuarios que excedan este peso.</li><li>* Marco plegable en ALUMINIO tubo de aluminio de 3" calibre 3.17 mm y/o 1" calibre 2.14mm con acabado en pintura hornada.</li><li>* Estructura totalmente plegable de fácil transporte y almacenamiento.</li><li>* Ruedas traseras neumáticas de 16 o 18 pulgadas según la necesidad del usuario con Eje desmontable rápido con tapa hongo de fácil operación, manzanas aluminio.</li><li>* Ruedas delanteras de 8" con tenedores de acero cromados y balineras.</li><li>* Tapizado en lona o cordobán reforzado, tornillos pasantes de seguridad cobertura sobre los tornillos.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 8.                                                                        | SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>* Fabricadas de acuerdo a la prescripción del especialista y con los accesorios de acuerdo a la misma.</li><li>* Capacidad de peso de 90 a 110 Kg.</li><li>* Tapicería en Nylon y/o Lona Huracán</li><li>* Reposapiés con regulación tibiotársica.</li><li>* Dos motores de potencia 200 W</li><li>* Batería de Litio de 28 Voltios.</li><li>* Velocidad entre 1 a 6 Km/h.</li><li>* Marco plegable</li><li>* Ruedas traseras macizas, de acuerdo a la prescripción.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |

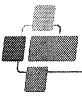


|    |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                                           |                           |                           |                                                                                                |
|----|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | COJIN ANTIESCARAS EN GEL                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborado en combinación de dos (2) tipos de gel: (gel fluido de última generación de menor densidad que favorezca la distribución en zonas de presión como isalun y sacro y gel fluido de mayor densidad que garantice estabilidad y máximo confort, estos atribuidos en la capa superior) y espuma de memoria de alta densidad en la capa inferior moldeada para proporcionar una posición adecuada de las piernas.</li> <li>* Doble forro en lycra antifuído lavable con correas y/o velcros para fijar a silla de ruedas.</li> <li>* Medidas de acuerdo a la necesidad de cada usuario.</li> <li>* Se debe tener disponibilidad en todas las medidas</li> </ul> | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION TIEMPO DE GARANTIA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 22 | COJIN ANTIESCARAS EN DOBLE ESPUMA INYECTADO DE DOBLE DENSIDAD | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborado en espuma inyectada de 40 y 60 % de densidad:</li> <li>* Perfil anatómico y ergonómico con propiedades de memoria en puntos de mayor presión isquiotibiales.</li> <li>* Forro anti fuído transpirable con sistema de sujeción por medio de velcros a la medida requerida por el usuario</li> <li>* Altura de 5 cm.</li> <li>* Medidas de acuerdo a la necesidad de cada usuario.</li> <li>* Se debe tener disponibilidad en todas las medidas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 23 | KIT POSICIONAMIENTO                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cojines para posicionamiento (triángulo y dos cilindros)</li> <li>* Elaborado en espuma de memoria.</li> <li>* Densidad de acuerdo al requerimiento del usuario.</li> <li>* Forro lavable, respirable y fresco con cremallera</li> <li>* Medidas de acuerdo a la necesidad de cada usuario.</li> <li>* Se debe tener disponibilidad en todas las medidas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 24 | COJIN DE POSICIONAMIENTO                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cojín de posicionamiento con 45° de inclinación.</li> <li>* Elaborado en espuma de memoria</li> <li>* Densidad de acuerdo al requerimiento del usuario.</li> <li>* Forro lavable, respirable y fresco con cremallera.</li> <li>* Medidas de acuerdo a la necesidad de cada usuario.</li> <li>* Se debe tener disponibilidad en todas las medidas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 25 | COJIN DE COXIS                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborado en poliuretano y/o similares</li> <li>* Forma anatómica.</li> <li>* Espuma de alta resistencia no colapsable (antideformable)</li> <li>* Forro lavable, respirable y fresco con cremallera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 26 | COLCHON SOBRE MEDIDAS ANTIESCARAS EN ESPUMA                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Base fabricada en espuma de alta densidad 30 (naranja) espesor 10 cm.</li> <li>* Dos capas superior e inferior en espuma troquelada o en forma de cubeta de huevo de 5 cm de espesor.</li> <li>* Altura total del colchon de 20 cm.</li> <li>* Forro en material antifuído poliguard de alta resistencia</li> <li>* Terminados de alta calidad con ribete en costuras reforzada</li> <li>* Agarraderos de sujeción.</li> <li>* Adicional debe incluir (1) protector de colchón en poliuretano y algodón de alta calidad desenfundable, transpirable e impermeable y lavable.</li> </ul>                                                                             | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 27 | MESA DE TRABAJO CON ESCOTADURA                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborada en acrílico de 10mm.</li> <li>* Sistema de fijación mediante estructura metálica con seguro de pin.</li> <li>* Regulación de inclinación de 0 a 45° para diversos trabajos manuales.</li> <li>* Fabricadas sobre medidas y requerimientos de los usuarios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 28 | MESA DE TRABAJO PARA ADAPTAR A SILLA DE RUEDAS                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborada en acrílico transparente de 10mm para ajustar a silla de ruedas o coche.</li> <li>* Escualizable y abatible</li> <li>* Sistema de fijación a la silla mediante estructura metálica con seguro de pin.</li> <li>* Opción de inclinar la mesa en varias posiciones para diversos trabajos manuales.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 29 | DISCO PARA TRANSFERENCIAS                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Disco giratorio para facilitar las transferencias de los usuarios.</li> <li>* Fabricado con materiales flexibles livianos que gire muy facilmente y pueda doblarse para guardarlo o transportarlo.</li> <li>* Diametro de 40cm aprox.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 30 | TABLA DE TRANSFERENCIA                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tabla de forma curvada semi-flexible o rígida.</li> <li>* Elaborada en plástico resistente.</li> <li>* Superficie deslizante que permita y facilite las transferencias del usuario ya sea de manera asistida o autonoma.</li> <li>* Peso maximo de carga 140 kg.</li> <li>* Materiales de alta calidad.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 31 | ELEVADORES MANUALES EN TECHO                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sistema de poleas adaptadas al techo para que el usuario adopte la posición sedente desde la posición supina de manera independiente mediante un movimiento estable y seguro garantizando la comodidad.</li> <li>* De facil instalacion y facil manejo.</li> <li>* Debe incluir instalacion en el domicilio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                  | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |

|    |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                                           |                           |                                                                                |                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32 | ELEVADOR MANUAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sistema de riel superior de hasta 3 metros de longitud</li> <li>* Debe permitir el traslado de pacientes en cama a una silla de ruedas o viceversa mediante un movimiento estable y seguro garantizando la comodidad y seguridad de la persona.</li> <li>* Incluye un riel para permitir el desplazamiento lateral de la persona hasta la silla de ruedas.</li> <li>* Carga máxima de hasta 200 kg.</li> <li>* Accionamiento manual.</li> <li>* Debe incluir instalación en el domicilio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 33 | SILLA ESPECIAL PARA DESPLAZAMIENTO POR ESCALERAS      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Selvescaleras tipo oruga.</li> <li>* Rápido y fácil de usar para su uso inmediato.</li> <li>* Resistencia carga de hasta 300 libras (150 kgs).</li> <li>* Un motor que controla la velocidad de ascenso y descenso.</li> <li>* Freno electromagnético que sostenga la unidad en las escaleras.</li> <li>* Llantas auxiliares que permiten el traslado rápido y fácil a través de áreas de desembarque.</li> <li>* Asiento que permita de manera fácil una transición desde una silla de ruedas.</li> <li>* Amplias correas de retención ajustables para el pasajero.</li> <li>* Abrazaderas resistentes y reforzadas con acero para un buen agarre y tornillo que facilite el ajuste a la silla de ruedas.</li> </ul> | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 34 | HAND BIKE                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Vehículo de impulsión manual con relación de pifiones.</li> <li>* Marco en tubo de acero con acabado en pintura electrostática.</li> <li>* Rueda de 26" inflable, manzana y rim de aluminio, sistema de puntilla.</li> <li>* Sistema de 18 velocidades contriprato.</li> <li>* Pacha de pifiones.</li> <li>* Estabilizador de dirección mediante resortes.</li> <li>* Manillares ergonómicos.</li> <li>* Frenos tipo bicicleta.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 35 | GRUA MECANICA E HIDRAULICA                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Estructura en acero reforzado con acabo en pintura electrostática.</li> <li>* Sistema de pistón hidráulico de mando manual de 8 toneladas de capacidad.</li> <li>* Mando de manuales mediante palanca.</li> <li>* Ruedas delanteras giratorias de 4" con freno de pedal.</li> <li>* Ruedas delanteras giratorias de 5" con freno de pedal.</li> <li>* Anéis de soporte en lona, con correas graduables.</li> <li>* Estructura plegable para su fácil transporte.</li> <li>* Base de sustentación de dos posiciones cambiables mediante pines de posición.</li> <li>* Capacidad de carga: 300 kilogramos.</li> </ul>                                                                                                   | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPO DE GARANTIA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 36 | PLANTILLAS CON REALCE                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Plantillas según prescripción media sobre medidas</li> <li>* Elaboradas en material blando y realce de acuerdo a prescripción.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 37 | PLANTILLAS EN SILICONA (PAR)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Plantilla para fascitis plantar o espolon calcaneo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 38 | PLANTILLAS TIPO TULIS ALTO IMPACTO                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Plantilla tipo tulis alto impacto; soportan el mayor peso corporal y permiten adaptación a cualquier zapato</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 39 | PLANTILLAS TIPO TULIS BAJO IMPACTO                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Plantillas tipo tulis bajo impacto con acostillamientos en cuadrícula de bajo impacto que permita la absorción de choque al caminar.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                       | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 40 | MEDIAS PARA VARICE DE COMPRESION GRADUADA KITX3 PARES | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Media-media para varice x 3 pares, según prescripción y de acuerdo a las siguientes características:</li> <li>- tipo de media: caletín, medio muño, panty-media,</li> <li>- compresión de acuerdo a la prescripción ,</li> <li>- talla</li> <li>- colores</li> <li>- textura.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE GARANTIA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 41 | CALZADO PARA PIE DIABETICO Y/O ARTRITICO ADULTO       | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Calzado estructura biomecánica para proveer protección y comodidad,</li> <li>* Amplia caja interna,</li> <li>* Pielés biodegradables sin costuras en su interior,</li> <li>* Livianos,</li> <li>* Plantilla removible antibacterial,</li> <li>* Suela de alta densidad (semirrueda) y/o suela en poliuretano de alta densidad,</li> <li>* Diseño semideportivo y formal para dama o caballero según la necesidad (modelo) y color a gusto y necesidad del usuario)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 42 | CALZADO ORTOPEDICO Y/O DIABETICO PARA NIÑO            | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborado sobre medidas y según prescripción médica,</li> <li>* Color a gusto del usuario elaborados en cuero,</li> <li>* Suela en caucho antideslizante,</li> <li>* De cordón, hebilla o velcro según necesidad y características de la prescripción.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 43 | CALZADO ORTOPEDICO PARA ADULTO                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborado sobre medidas y según prescripción médica</li> <li>* Color a gusto del usuario elaborados sobre medidas</li> <li>* Cuero con suela en caucho antideslizante,</li> <li>* Con tipo de amarre o cierre, color y modelo según necesidad y características de la prescripción y gusto del usuario.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 44 | KIT DE PARKINSON                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>El kit debe contener los siguientes elementos:</li> <li>* Calzador de mango largo,</li> <li>* Calzador de medias,</li> <li>* Abrazador de toma amplia,</li> <li>* Juego de cubiertos de toma amplia en polipropileno (Cuchara, tenedor, cuchillo y cucharita postera).</li> <li>* Plato hondo y plato pando anti derrame con fijación a superficies para porciones adulto,</li> <li>* Vaso y pocillo anti derrame con asas amplias y/o peso, y/o con fijación a superficies,</li> <li>* Manillas anti-tremor bilateral,</li> <li>* Tapete antideslizante para ducha resistente y de alta calidad.</li> </ul>                                                                                                            | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA                                                      | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                                       |

|    |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 |                                                           |                           |                           |                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 45 | ELEVADOR DE SANITARIO AJUSTABLE AL INODORO         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborado en metal o polipropileno de alta resistencia</li> <li>* Resiste al peso hasta 110 kg</li> <li>* Anticorrosivo</li> <li>* Con tapa en plástico de fácil limpieza</li> <li>* Apoya brazos en aluminio, tubería redondeada y abatibles</li> <li>* Alta calidad de pintura, tornillos y soldaduras y acabados.</li> <li>* Incluye instalación en domicilio del usuario</li> <li>* Liviano y fácil de limpiar</li> </ul>                                                                                    | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE GARANTÍA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                                      |
| 46 | BARRAS DE SUJECION PARA BAÑO                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Barras de sujeción para baño y ducha.</li> <li>* Fabricadas en acero inoxidable</li> <li>* Adheridas por medio de soldadura a soportes en platina de hierro de una pulgada para fijar a superficies por medio de tornillos.</li> <li>* Debe incluir la instalación.</li> <li>* Cotización por metro.</li> <li>* Las medidas estarán de acuerdo a la prescripción.</li> </ul>                                                                                                                                     | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                                      |
| 47 | BARRAS DE SUJECION PARA ESCALERAS Y OTROS ESPACIOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Barras de sujeción para otros ambientes en casa.</li> <li>* Fabricadas en acero inoxidable adheridas por medio de soldadura a soportes en platina de hierro de una pulgada para fijar las superficies por medio de tornillos.</li> <li>* Debe incluir la instalación.</li> <li>* Cotización por metro.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS                                      |
| 48 | CAMA HOSPITALARIA MANUAL                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cama corriente de 3 planos</li> <li>* Capacidad de peso de 200kg</li> <li>* Pieceros y cabecero construídos en tubo cuadrado de 1 1/2"</li> <li>* Tendido en tres secciones en lámina calibre 20</li> <li>* Accionada manualmente</li> <li>* Medidas aprox. de 1.90mts de largo 90 cm de ancho y 65 cm de altura del tendido</li> <li>* Terminada en pintura electrostática</li> <li>* Ruedas co frenos en cada una</li> <li>* Barandas</li> </ul>                                                               | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE GARANTÍA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 49 | CAMA HOSPITALARIA SEMIELECTRICA                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cama eléctrica de 4 planos 3 móviles y uno fijo,</li> <li>* Plegable,</li> <li>* Medidas aprox. de 1.90 a 2.10 mts de largo, 90 cms de ancho y 65 cms de altura del tendido,</li> <li>* Capacidad de peso de 200 kg.</li> <li>* Con barandas.</li> <li>* Mandos por control accesibles para el usuario para graduación de altura de la cama,</li> <li>* Cuatro (4) ruedas de fácil desplazamiento,</li> <li>* Frenos en dos ruedas,</li> <li>* Incluye entrega y adaptación en domicilio del usuario.</li> </ul> | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE GARANTÍA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 50 | RAMPA DE ACCESO PORTATIL                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaborada sobre medidas en aluminio</li> <li>* Estructura metálica de alta resistencia</li> <li>* Lámina alfajor antideslizante metálico de 1/8"</li> <li>* Bordes de seguridad</li> <li>* Soportes de base de alta resistencia y durabilidad</li> <li>* Altura desde 10 a 25 centímetros.</li> <li>* Medidas de acuerdo a la prescripción</li> </ul>                                                                                                                                                            | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 51 | MANGO MULTIFUNCIONAL                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mango multifuncional para adaptación y agarre de elementos delgados</li> <li>* Uso diario</li> <li>* Liviano</li> <li>* Cilíndrico</li> <li>* En madera lacada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 52 | PINZA ALCANZA OBJETOS                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pinza metálica de 90 cm de largo,</li> <li>* Alcance objetos para levantarlos del piso o para alcanzar objetos altos</li> <li>* Con punta suave</li> <li>* Antideslizante</li> <li>* Gatillo de acción sencillo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 53 | CEPILLO EXTENSOR                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cepillo liviano con mango para fácil agarre</li> <li>* Fabricado en aluminio</li> <li>* Mango de espuma</li> <li>* Curva ergonomica</li> <li>* Medida aproximada entre 33 y 45 cm</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 54 | COLOCADOR DE MEDIAS                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Base en polipropileno</li> <li>* Cinta para agarrar</li> <li>* Flexible resistente y de fácil limpieza</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 55 | DESVESTIDOR DE CALZADO                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Accesorio con función para calzar y quitar zapatos y también función para quitar prendas de vestir</li> <li>* Material en madera lacada</li> <li>* Con una punta función de calzador y en la otra de gancho</li> <li>* Largo aproximado 80 cms</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                        | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |
| 56 | GANCHO ABOTONADOR                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Gancho abotonador en madera y alambre templado</li> <li>* Cilíndrico con una función de abotonador en una punta y en la otra función de manipulación de cremalleras</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                                 | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TÉCNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUALES DE USO |

|                                                   |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 57                                                | GANCHO PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Gancho con mango de madera</li> <li>* Pinza con garfio que permite tomar las prendas</li> <li>* Funcion para vestir y desvestir</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                    | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TECNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 58                                                | MANILLA ANTITEMBLOR                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Manilla en tela impermeable con relleno de pequeñas bolitas de acero</li> <li>* Velcro de ajuste de forma rectangular para constatar el temblor en mano</li> <li>* Uso bilateral</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                    | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TECNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| 59                                                | KIT PARA ALIMENTACION              | <p>El kit debe contener los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cubiertos con mangos de toma amplia, diferente forma, angulación, longitud y/o con velcro, dependiendo del requerimiento del usuario para diestros o zurdos (Cuchara, tenedor, cuchillo y cucharita postera).</li> <li>* Plato hondo y plato pando anti derrame con fijación a superficies para posiciones adulto.</li> <li>* Vaso y jarrillo anti derrame con asas amigables y/o jeringa, y/o con fijación a superficies.</li> <li>* Babero. (medidas pediátrico, junior y/o adulto)</li> </ul> | PRESENTA FICHA TECNICA - CUMPLE                                    | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS | NO PRESENTA FICHA TECNICA | NO PRESENTA FICHA TECNICA | PRESENTA FICHA TECNICA PERO FALTA DESCRIPCION DE CUIDADOS Y ADICIONAL PRESENTA MANUEALES DE USO |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: |                                    | CAROL CIFUENTES DAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PROFESIONAL ESPECIALIZADO FACILITADORA CIA 421 - 2019              |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |
|                                                   |                                    | RUTH LIBIA CASTILLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PROFESIONAL ESPECIALIZADO FACILITADORA CIA 250 - 2020              |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |
|                                                   |                                    | NIDIA DAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO FACILITADORA CIA 193 - 2020 / 231 - 2020 |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |
|                                                   |                                    | SANDRA CHACON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PROFESIONAL ESPECIALIZADO FACILITADORA 437 - 2020                  |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |
|                                                   |                                    | MAGALY NUÑEZ MENDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PROFESIONAL ESPECIALIZADA APOYO PIL                                |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |
|                                                   |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6/5/2021                                                           |                                                           |                           |                           |                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                 |                                |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <b>No. DE ACTA:</b>                                                                             | <b>FECHA:</b> Mayo 06 de 2021  |                           |
| <b>REUNIÓN:</b> Evaluación Técnica oferentes<br>Invitación a cotizar 024 – 2021 DAP grupo 1 y 2 | <b>HORA DE INICIO:</b><br>8:00 | <b>FINALIZÓ:</b><br>10:00 |

| ASISTENTES          |                           |               |
|---------------------|---------------------------|---------------|
| NOMBRE              | CARGO                     | ENTIDAD       |
| Detario Carrillo    | Gerente                   | Proxis        |
| Nidia Daza Pinzon   | Profesional Especializado | Sub Red Norte |
| Carol Aponte Daza   | Profesional Especializado | Sub Red Norte |
| Ruth Libia Costillo | Profesional Especializado | Sub Red Norte |
| /                   | /                         | /             |

#### ORDEN DEL DÍA

Una vez presentadas las propuestas para la invitación a cotizar 024 – 2021, se realiza verificación telefónica de los puntos para la visita a las instalaciones de los proponentes que se encuentre establecida en el documento de la invitación el objetivo será identificar el cumplimiento de los siguientes requisitos a evaluar: infraestructura técnica, operativa y administrativa de distribuidor o fabricante con el fin de asegurar el cumplimiento en tiempo, calidad y oportunidad.

|                                                                             | CUMPLE – NO CUMPLE |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFRAESTRUCTURA<br>DISTRIBUIDOR Y/O<br>FABRICANTES<br>(CONDICIÓN LOGÍSTICA) | Cumple/ No cumple  |

En la misma se levantará acta en la que se consigne el cumplimiento o no de los anteriores requisitos y será parte integral del presente proceso.

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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: 2 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

| CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR                                                                                                                                                     |             |           |                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR                                                                                                                                                                                     | RESPONSABLE |           | % DE CUMPLIMIENTO                                                                                                                          |
| N/A                                                                                                                                                                                                             | N/A         |           | N/A                                                                                                                                        |
| <b>DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>                                                                                                                                                                                 |             |           |                                                                                                                                            |
| 1. Se verifica con el oferente PRAXIS DISEÑOS INDUSTRIALES la visita a un punto ubicado en las siguientes direcciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Calle4D No. 40 – 26 / Barrio Primavera</li> </ul> |             |           |                                                                                                                                            |
| <b>VISITA TECNICA AL OFERENTE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN TIEMPO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD</b>                                                                                                     |             |           |                                                                                                                                            |
| <b>NOMBRE DEL OFERENTE:</b>                                                                                                                                                                                     |             |           |                                                                                                                                            |
| Praxis Diseños Industriales.                                                                                                                                                                                    | CUMPLE      | NO CUMPLE | OBSERVACION                                                                                                                                |
| NIT. No. 9005143608                                                                                                                                                                                             |             |           |                                                                                                                                            |
| <b>INFRAESTRUCTURA TÉCNICA</b>                                                                                                                                                                                  |             |           |                                                                                                                                            |
| Almacén: Se realiza registro fotográfico, del bodega, para la retoma, disponiendo talento humano, para el control de calidad, como un control de desplazamiento, desde el protocolo Covid.                      | X           |           | Frente a la elaboración SAP, cuenta con un stock para las solicitudes. Tapicería (Proceso Costura) Producto Terminado. Insumos. Soldadura. |
| <b>ADMINISTRATIVA</b>                                                                                                                                                                                           |             |           |                                                                                                                                            |
| Gerente: Octavio Carrillo Díaz<br>Control Calidad: Cristian Anaya<br>Jefe Financiero: Daniel Rodríguez<br>Planta: 16 operarios.                                                                                 |             |           | Cuentan con los protocolos establecidos para su personal operativo y administrativo.                                                       |

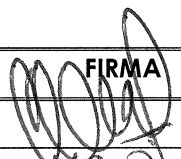
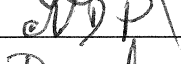
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  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: 4 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

Realizo la presentación DAP, se realizó el registro fotográfico.

Frente a protocolos desinfección, limpieza, se encuentran dentro de su manual; para sus profesionales y técnicos realizan tamizaje de síntomas respiratorios, protocolos al llegar, para el consumo de alimentos, USO EPP.

Se da cierre a la visita dando cumplimiento a los items evaluados

| COMPROMISOS Y TAREAS A REALIZAR | RESPONSABLE | FECHA |
|---------------------------------|-------------|-------|
| N.A                             | /           | /     |
| N.A                             | /           |       |

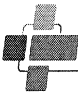
| FIRMAS DE LOS ASISTENTES |                                                                                     |                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| NOMBRE                   | FIRMA                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO         |
| Octavio Camillo Díaz     |  | info@praxis.com.co         |
| Nidia Daza               |  | pilfersaquiillo@gmail.com  |
| Ruth Castillo            |  | pilbarriosunidos@gmail.com |
|                          |                                                                                     |                            |
|                          |                                                                                     |                            |
|                          |                                                                                     |                            |
|                          |                                                                                     |                            |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                         |  |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <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: 3 DE 5        |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  |                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPERATIVA</b><br>Cuenta con 16 operarios, en ensamble, producto final.<br>1 Profesional para diseño, planificación de elaboración de DAP TIPO I.                                                                                                                            | X |  | Para la DAP que requieren elaboración cuento con los técnicos y profesionales adaptados a los protocolos desinfección y limpieza para covid. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  | El oferente presenta una muestra representativa de los DAP.                                                                                  |
| Presentar muestras representativas de cada uno de los grupos 1 y 2 que permiten la evaluación de materiales y calidad) (No obligatorio)<br><br>Presento muestras de los DAP. (Ballas Ruedas, sanitarcas, cojines, calzado ortopédico, diabetico, Bolchone A, KIT Alimentacion. | X |  |                                                                                                                                              |

#### DECISIONES Y CONCLUSIONES

Para la solicitud de la visita; se diligencio el acta, donde se evaluaron los items, los cuales cumplen en infraestructura, operativo y muestras. El oferente cuenta con infraestructura para elaboración, almacenamiento DAP.

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                 |                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>No. DE ACTA:</b>                                                                             | <b>FECHA:</b> Mayo 06 de 2021   |                           |
| <b>REUNIÓN:</b> Evaluación Técnica oferentes<br>Invitación a cotizar 024 – 2021 DAP grupo 1 y 2 | <b>HORA DE INICIO:</b><br>10:30 | <b>FINALIZÓ:</b><br>12:30 |

| ASISTENTES        |                             |                   |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| NOMBRE            | CARGO                       | ENTIDAD           |
| Carlos Paul Morin | Gerente                     | ENTIS LABORATORIO |
| Angelita Morin    | Coordinadora Administrativa | ENTIS             |
| Nubia Gonzalez    | Ejecutiva Comercial         | ENTIS             |
| Dario Rojas       | Ejecutivo Comercial         | ENTIS             |
| Carol Fuentes     | Profesional Especializado   | Sub Red Norte     |
| Nidia Daza        | Profesional Especializado   | Sub Red Norte     |

#### ORDEN DEL DÍA

Una vez presentadas las propuestas para la invitación a cotizar 024 – 2021, se realiza verificación telefónica de los puntos para la visita a las instalaciones de los proponentes que se encuentre establecida en el documento de la invitación el objetivo será identificar el cumplimiento de los siguientes requisitos a evaluar: infraestructura técnica, operativa y administrativa de distribuidor o fabricante con el fin de asegurar el cumplimiento en tiempo, calidad y oportunidad.

|                                                                             | CUMPLE – NO CUMPLE |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFRAESTRUCTURA<br>DISTRIBUIDOR Y/O<br>FABRICANTES<br>(CONDICIÓN LOGÍSTICA) | Cumple/ No cumple  |

En la misma se levantará acta en la que se consigne el cumplimiento o no de los anteriores requisitos y será parte integral del presente proceso.

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  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: 2 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

### CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR

| COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR | RESPONSABLE | % DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------------------|-------------|-------------------|
| N/A                         | N/A         | N/A               |

### DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- Se verifica con el oferente ENTHIS LABORATORIO SAS la visita a dos puntos ubicados en las siguientes direcciones:
  - Carrera 24 No. 34 – 38 / Barrio la Soledad
  - Carrera 18 A No. 20 – 25 /Barrio San Fermín 2

### VISITA TECNICA AL OFERENTE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN TIEMPO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD

| NOMBRE DEL OFERENTE:                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACION                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enthis laboratorio SAS.<br>NIT. No. 930.147.758-7                                                                                                                                                                                                 |        |           |                                                                                                                                                                                                             |
| <b>INFRAESTRUCTURA</b><br><b>TÉCNICA</b> Almacenamiento material primo (tubos elaborados con características propias) Área corte, soldadura de acero y aluminio - material primo en proceso, Área de ensamble y área producto terminado y bodega. | X      |           | Sede Barrio San cuentan con el proceso de elaboración y ensamble de sillas de ruedas sanitarias, Sede Soledad: Elaboración de alguno DAP Tipo II. Con espacios amplios, adherencia protocolos desinfección. |
| <b>ADMINISTRATIVA</b> 23 personas.<br>4 Admin → 3 Comerciales<br>Soporte o comerciales y 1 Admin<br>1 persona Administrativa.<br>19 oferentes con 5 Jefes de área, 2 instalaciones                                                                | X      |           | La parte administrativa orienta la visita, los técnicos (Elaboración) Cuenta con los protocolos para COVID, refieren que para el entrega DAP cuenta con los protocolos de desinfección.                     |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                         |  |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <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: 3 DE 5        |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPERATIVA</b><br>Cuenta con 2 sedes<br>uno de línea blanca y<br>otra de malilla<br>Especial de bodega<br>en adecuaciones 19<br>operarios.                                                                                                                                                        | X | los DAP cuenta técnicos,<br>que realizan la elaboración,<br>ensamble, satélite en<br>pintura.<br>Ejecutivo Comerciales que<br>realizan seguimiento y control<br>a los DAP que no requieren elaboración |
| Presentar muestras representativas de cada<br>uno de los grupos 1 y 2 que permiten la<br>evaluación de materiales y calidad) (No<br>obligatorio)<br>Presentaron muestras<br>para el grupo I: Sillas,<br>sanitarias.<br>Grupo II: Fabricantes del<br>labado, mostraron diferente<br>tipo de Calzado. |   | Frente a la muestras:<br>Presentaron cojines, medios,<br>kit alimentación, colchon<br>antiescaras, camas.<br>Se evidencia una muestra<br>representativa de lo<br>DAP.                                  |

#### DECISIONES Y CONCLUSIONES

El laboratorio cuenta con la  
 Sede San Fermín: Donde se realiza el almacenamiento,  
 ensamble, producto final para DAP TIPO I, cuenta  
 con los protocolos para desinfección, se observó  
 que uso de EPP de operarios y administradores  
 Manifiesto que para su equipo operativo, cuentan con  
 protocolos desinfección y limpieza de igual forma para

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  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: 4 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

la entrega DAP, se adhieren a los protocolos establecidos para la entrega.

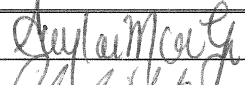
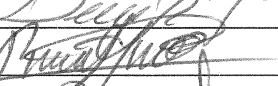
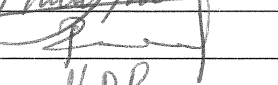
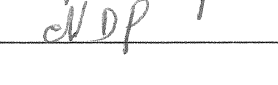
Para los retornos cuentan con (3) técnicos, para optimizar los tiempos de elaboración.

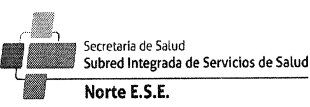
Para realizar visitas el operante refiere que al realizar visitas externas labora (3) personas).

Manifesta que se encuentran los protocolos desinfección y limpieza para su equipo y para la entrega DAP.

Se da cierre a la visita la cual cumple con los ítem evaluados

| COMPROMISOS Y TAREAS A REALIZAR | RESPONSABLE | FECHA |
|---------------------------------|-------------|-------|
| N.A                             | /           | /     |
| N.A                             | /           | /     |

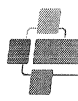
| FIRMAS DE LOS ASISTENTES |                                                                                     |                                  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE                   | FIRMA                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO               |
| Angela M. Marin G        |  | angelamarin@entislaboratorio.com |
| Nubia M. Gonzalez Ch     |  | comercial1@entislaboratorio.com  |
| Dario A. Rojas L         |  | comercial3@entislaboratorio.com  |
| Carlos Raúl Marin        |  | carlosrui.m@gmail.com            |
| Ruth Castillo            |  | pillbarriosunidos@gmail.com      |
| Nidia Daza               | NDP                                                                                 | pillteusaquillo@gmail.com        |
|                          |                                                                                     |                                  |
|                          |                                                                                     |                                  |

|                                                                                   |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <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 5        |
|                                                                                   |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

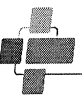
|                                                                                                 |                                   |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <b>No. DE ACTA:</b>                                                                             | <b>FECHA:</b> Mayo 06 de 2021     |                              |
| <b>REUNIÓN:</b> Evaluación Técnica oferentes<br>Invitación a cotizar 024 – 2021 DAP grupo 1 y 2 | <b>HORA DE INICIO:</b><br>1:00 pm | <b>FINALIZÓ:</b><br>4:30 pm. |

| ASISTENTES     |                           |                |
|----------------|---------------------------|----------------|
| NOMBRE         | CARGO                     | ENTIDAD        |
| Gilberto Dique | Gerente                   | Tu Salud IPS   |
| Martha Sanchez | Director Comercial        | Tu Salud IPS   |
| Pilar Herrera  | Asesora Comercial         | Tu Salud IPS   |
| Edwin Beltran  | Contratista               | Tu Salud IPS   |
| Nidia Daza     | Profesional Especializado | Sub Red Norte. |

| ORDEN DEL DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p>Una vez presentadas las propuestas para la invitación a cotizar 024 – 2021, se realiza verificación telefónica de los puntos para la visita a las instalaciones de los proponentes que se encuentre establecida en el documento de la invitación el objetivo será identificar el cumplimiento de los siguientes requisitos a evaluar: infraestructura técnica, operativa y administrativa de distribuidor o fabricante con el fin de asegurar el cumplimiento en tiempo, calidad y oportunidad.</p> |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE – NO CUMPLE |
| INFRAESTRUCTURA<br>DISTRIBUIDOR Y/O<br>FABRICANTES<br>(CONDICIÓN LOGÍSTICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cumple/ No cumple  |
| <p>En la misma se levantará acta en la que se consigne el cumplimiento o no de los anteriores requisitos y será parte integral del presente proceso.</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 |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | VERSIÓN: 6            |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS | PÁGINA: 2 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

| CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR                                                                                                                                                                                                   |             |           |                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR                                                                                                                                                                                                                                   | RESPONSABLE |           | % DE CUMPLIMIENTO                                                                                                                                                          |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                           | N/A         |           | N/A                                                                                                                                                                        |
| <b>DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                               |             |           |                                                                                                                                                                            |
| 1. Se verifica con el oferente TU SALUD IPS la visita a dos puntos ubicados en las siguientes direcciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calle 62 No. 22 – 16 / Barrio San Luis</li> <li>• Carrera 27 No. 68 – 27 / Barrio San Fernando</li> </ul> |             |           |                                                                                                                                                                            |
| <b>VISITA TECNICA AL OFERENTE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN TIEMPO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD</b>                                                                                                                                                   |             |           |                                                                                                                                                                            |
| <b>NOMBRE DEL OFERENTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                   |             |           |                                                                                                                                                                            |
| TU SALUD IPS /                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLE      | NO CUMPLE | OBSERVACION                                                                                                                                                                |
| NIT. No. 900259168 -6.                                                                                                                                                                                                                                        |             |           |                                                                                                                                                                            |
| <b>INFRAESTRUCTURA TÉCNICA</b><br>Grupo II: Cuenta con el bodegaje, Infraestructura<br>Grupo I: Cuenta con la capacidad de bodegaje.                                                                                                                          | X           |           | Almacenamiento DAP para el grupo II, cuenta con los espacios.<br>Grupo I, el almacenamiento y fabricación es de dos plantas, almacenamiento, fabricación y producto final. |
| <b>ADMINISTRATIVA</b><br>Gerente, Director Administrativo, Asesor Comercial, (16 admivos)<br>3 Asistencias (5 técnicos)<br>1 (profesional) (7 técnicos)<br>Satelites (pintura, costura).                                                                      | X           |           | La Ips, tienen protocolo pero Covid (Estructurado).<br>DAP (Desinfección Bodegaje) Protocolo. Cada usuario, se da un KIT DESINFECCIÓN.                                     |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  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: 3 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |  |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |  |                                                                                                         |
| <b>OPERATIVA</b><br>Administrativo: Cuenta con asesores comerciales que lideran los procesos y profesionales que realizan seguimiento, las que requieren elaboración.                                                                                                                                                            | X |  | Los profesionales y técnicos cuentan con protocolos para Covid establecidos en sus manuales de calidad. |
| Presentar muestras representativas de cada uno de los grupos 1 y 2 que permiten la evaluación de materiales y calidad) (No obligatorio)<br>Se realizó registro fotográfico de las muestras<br>Grupo I: Presentaron los DAP solicitados; Sillas Ruedas sillas sanitarias.<br>Grupo II: Calzado, cojines, Kit Alimentación.        | X |  | El gerente; presentó una muestra de los DAP solicitados, se realizó el registro fotográfico.            |
| <b>DECISIONES Y CONCLUSIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |                                                                                                         |
| Desde el Proveedor refiere sede Administrativa se encuentra ubicada CL 62 N. 22-16, Cuenta con una recepción, espacios para realizar actividades administrativas y una bodega donde se almacena grupo II, se observaron Calzado, Plantillas, Kit Parkinson, Alimentación.<br>Desde el oferente refiere que frente a lo operativo |   |  |                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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: 4 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

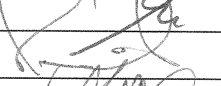
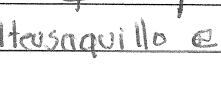
manejan protocolos para covid; para el ingreso se realiza toma de temperatura, lugar dispuesto para el lavado de manos, cuentan con el protocolo.

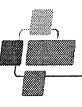
Para realizar la entrega DAP, realizan la desinfección DAP, según el protocolo (Desinfección Amonio cuaternario. 5ta generación, embalados en vinipet.

Para las retomas cuentan con profesionales, se dispone de un vehículo para realizar las retomas.

El oferente manifiesta que frente a la elaboración de las sillas ruedas, se puede presentar por pandemia, para la solicitud del aluminio, tiempos más extensos, según los tiempos establecidos para la entrega DAP.

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

| FIRMAS DE LOS ASISTENTES |                                                                                     |                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| NOMBRE                   | FIRMA                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO         |
| Martha Patricia Sánchez  |  | comercial@tosalud.com.co   |
| GILBERTO ORJUELA G.      |  | gerencia@tusalud.com.co    |
| Alba Aguirre             |  | comercial@tusalud.com.co   |
| Edwin Beltrán            |  | edubel@ms.com              |
| Ruth Castillo            |  | pilbarriosunidas@gmail.com |
| Nidia Dorca              |  | NDP                        |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                 |                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <b>No. DE ACTA:</b>                                                                             | <b>FECHA:</b> Mayo 06 de 2021   |                            |
| <b>REUNIÓN:</b> Evaluación Técnica oferentes<br>Invitación a cotizar 024 – 2021 DAP grupo 1 y 2 | <b>HORA DE INICIO:</b> 10:30 am | <b>FINALIZÓ:</b> 11:00 am. |

| ASISTENTES         |                           |                     |
|--------------------|---------------------------|---------------------|
| NOMBRE             | CARGO                     | ENTIDAD             |
| Magaly Núñez M.    | Profesional Especializada | Subred Norte C.S.E. |
| Yorlano Cabrera M. | Profesional de Apoyo      | Subred Norte E.S.E. |
| Felipe Zamoraux    | Gerente Técnico           | Healthumana         |
|                    |                           |                     |
|                    |                           |                     |

| ORDEN DEL DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p>Una vez presentadas las propuestas para la invitación a cotizar 024 – 2021, se realiza verificación telefónica de los puntos para la visita a las instalaciones de los proponentes que se encuentre establecida en el documento de la invitación el objetivo será identificar el cumplimiento de los siguientes requisitos a evaluar: infraestructura técnica, operativa y administrativa de distribuidor o fabricante con el fin de asegurar el cumplimiento en tiempo, calidad y oportunidad.</p> |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>CUMPLE – NO CUMPLE</b> |
| INFRAESTRUCTURA<br>DISTRIBUIDOR Y/O<br>FABRICANTES<br>(CONDICIÓN LOGÍSTICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cumple/ No cumple         |
| <p>En la misma se levantará acta en la que se consigne el cumplimiento o no de los anteriores requisitos y será parte integral del presente proceso.</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 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

**CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR**

| COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR | RESPONSABLE | % DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------------------|-------------|-------------------|
| N/A                         | N/A         | N/A               |

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

- Se verifica con el oferente HEALT HUMANA SAS la visita a un punto ubicado en las siguientes direcciones:
  - Carrera 27 No. 164 - 26 / Barrio Toberín

**VISITA TECNICA AL OFERENTE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN TIEMPO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD**

| NOMBRE DEL OFERENTE:                                                            | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACION                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Healt Humana.</u><br>NIT. No. <u>900751323-0</u>                             |        |           |                                                                                                       |
| <b>INFRAESTRUCTURA TÉCNICA</b><br>Importadores<br>- Area de ensamble de los DAP | X      |           | Importación de DAP en distintos modelos y ensamble de acuerdo a requerimiento de prescripción médica. |
| <b>ADMINISTRATIVA</b><br>Sede Administrativa<br>Cra 23 No. 164-26.              | X      |           | Oficinas administrativas.<br>Oficina de atención al público.                                          |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  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: 3 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                              |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPERATIVA</b><br>Bodega<br>Cra 23 No. 164-26.<br>Depósito zona franca<br>Calle 13 y zona franca<br>Funza. | X |  | Espacio de bodega<br>Espacio de ensamble.                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                              |   |  | Presentar muestras representativas de cada uno de los grupos 1 y 2 que permiten la evaluación de materiales y calidad) (No obligatorio)<br>- DAP Movilidad.<br>• cacha neolapso.<br>• silla neolapso<br>• silla activa tipo y pliable.<br>• silla sustituta. |

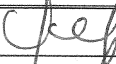
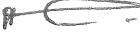
#### DECISIONES Y CONCLUSIONES

- Se realiza visita al punto administrativo y de bodega.
- Se aclara en la visita que los DAP se ensamblan sobre las necesidades de la prescripción realizada por profesional en salud y lo EPS.
- Se ofertan por el momento de franquicia por lo cual no se pueden realizar modificaciones a los equipos (Color y marcaciones).



|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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: 4 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

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

| FIRMAS DE LOS ASISTENTES |                                                                                     |                                |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE                   | FIRMA                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO             |
| YURIKO CABRERA M.        |  | yurikocabrera@gmail.com        |
| FABRIZIO LANOUZAX        |  | veronica.teenica@healthmoo.com |
| MAGALY MUÑOZ M.          |  | plgestionnorte@gmail.com       |
|                          |                                                                                     |                                |
|                          |                                                                                     |                                |
|                          |                                                                                     |                                |
|                          |                                                                                     |                                |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  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 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                 |                               |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <b>No. DE ACTA:</b>                                                                             | <b>FECHA:</b> Mayo 06 de 2021 |                            |
| <b>REUNIÓN:</b> Evaluación Técnica oferentes<br>Invitación a cotizar 024 – 2021 DAP grupo 1 y 2 | <b>HORA DE INICIO:</b> 2:00pm | <b>FINALIZÓ:</b> 3:30 p.m. |

| ASISTENTES      |                      |                     |
|-----------------|----------------------|---------------------|
| NOMBRE          | CARGO                | ENTIDAD             |
| Stefania Bawto. | Personal Bodega      | Ortopedicos Futuro. |
| Liliana Garcia  | Asesor comercial.    | Ortopedicos Futuro. |
| Yuniko Abbea    | Profesional de apoyo | Subred Norte E.S.E. |
|                 |                      |                     |
|                 |                      |                     |

| ORDEN DEL DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p>Una vez presentadas las propuestas para la invitación a cotizar 024 – 2021, se realiza verificación telefónica de los puntos para la visita a las instalaciones de los proponentes que se encuentre establecida en el documento de la invitación el objetivo será identificar el cumplimiento de los siguientes requisitos a evaluar: infraestructura técnica, operativa y administrativa de distribuidor o fabricante con el fin de asegurar el cumplimiento en tiempo, calidad y oportunidad.</p> |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE – NO CUMPLE |
| INFRAESTRUCTURA<br>DISTRIBUIDOR Y/O<br>FABRICANTES<br>(CONDICIÓN LOGÍSTICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cumple/ No cumple  |
| <p>En la misma se levantará acta en la que se consigne el cumplimiento o no de los anteriores requisitos y será parte integral del presente proceso.</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 |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | VERSIÓN: 6            |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS |  | PÁGINA: 2 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

**CIERRE DE ACCIONES DE MEJORA PENDIENTES EN REUNIÓN ANTERIOR**

| COMPROMISO REUNIÓN ANTERIOR | RESPONSABLE | % DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------------------|-------------|-------------------|
| N/A                         | N/A         | N/A               |

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

- Se verifica con el oferente ORTOPEDICOS FUTURO la visita a un punto ubicado en la siguiente dirección:
  - Carrera 77 B Bis No. 76 - 37 / Barrio La Granja

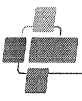
**VISITA TECNICA AL OFERENTE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN TIEMPO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD**

| NOMBRE DEL OFERENTE:                                                                                 | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACION                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ortopedicos Futuro</b><br>NIT. No. 900824186-2.                                                   |        |           |                                                                                                                    |
| <b>INFRAESTRUCTURA TÉCNICA</b><br>Importadores<br>Almacenamiento de las DAP para posterior despacho. | x      |           | Importación de las DAP con características estándar. Vienen en cajas y en algunos casos para ensamblar fácilmente. |
| <b>ADMINISTRATIVA</b><br>Sede Administrativa:<br>Cra 14 # 79-71.                                     | x      |           | Oficinas administrativas para atención al público en general                                                       |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                         |  |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <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: 3 DE 5        |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

|                                                                                                                                         |  |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPERATIVA</b><br>Bodega: Cra 77 BB15<br>No 76-37-1a Granja.                                                                          |  |  | Espacio de bodega<br>con gran capacidad<br>de almacenamiento<br>y stock de los DAP. |
| Presentar muestras representativas de cada uno de los grupos 1 y 2 que permiten la evaluación de materiales y calidad) (No obligatorio) |  |  |                                                                                     |

|                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DECISIONES Y CONCLUSIONES</b>                                                                                                                          |
| Se realizó visita al punto de bodega de almacenamiento.<br>Se tiene 18 puntos de venta al público y exhibición.<br>Se tiene muestra de los DAP ofertados. |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  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: 4 DE 5        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2020     |

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

| FIRMAS DE LOS ASISTENTES |                  |                             |
|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| NOMBRE                   | FIRMA            | CORREO ELECTRÓNICO          |
| Stefania Bazurto Lombo   | Stefania Bazurto | stefania.bazurto@essity.com |
| Liliana GARCIA           | Liliana Garcia   | liliana.garcia@essity.com   |
| Yuri Cabrera             | Yuri Cabrera     | yuri.cabrera@gmail.com      |
|                          |                  |                             |
|                          |                  |                             |
|                          |                  |                             |
|                          |                  |                             |

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

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| <b>Proceso No.</b> | INVITACION A COTIZAR No.024 2021 |
|--------------------|----------------------------------|

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

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN EL GRUPO 1 Y 2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. VIGENTES Y LOS QUE LLEGAREN A SUSCRIBIR CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE USAQUÉN, CHAPINERO, ENGATIVA, SUBA, BARRIOS UNIDOS Y TEUSAQUILLO Y DEMAS QUE CONFORMAN LA SUBRED NORTE. |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                 | DESCRIPCIÓN                                                                         | CÓMO EVALUAR                                                                    | EVALUACIÓN                                              |                                                                                                                              |                                                                                                                              |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |                                                                                     |                                                                                 | Proponente 1                                            | Proponente 2                                                                                                                 | Proponente 3                                                                                                                 |
|                          |                                                                                     |                                                                                 | ENTIS LABORATORIO ORTOPEDICO SAS                        | HEALTHUMANA                                                                                                                  | ORTOPEDICOS FUTURO COLOMBIA SAS                                                                                              |
|                          |                                                                                     |                                                                                 | No. NIT:<br>830147758-7                                 | No. NIT:<br>900751323-0                                                                                                      | No. NIT:<br>900824186-2                                                                                                      |
| HABILITANTES FINANCIEROS | Presentación de la totalidad de documentos solicitados                              | 1. Doc. de Identif. Contador Público<br>2. Tarjeta Profesional Contador Público | 1. CUMPLE<br>Observación:                               | 2. NO CUMPLE<br>observación: rup no actualizado los estados financieros 2020, pendiente documentos contador y revisor fiscal | 2. NO CUMPLE<br>observación: rup no actualizado los estados financieros 2020, pendiente documentos contador y revisor fiscal |
|                          | Índice de liquidez<br>Mayor o Igual a 1.5                                           | IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE                                                    | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 3.27            | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:                                                                                           | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:                                                                                           |
|                          | Nivel de Endeudamiento<br>Menor o Igual a 0.60                                      | NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL                                                | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: 0.48            | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:                                                                                           | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:                                                                                           |
|                          | Capital de Trabajo<br>Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso | CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE                                                    | 1. CUMPLE<br>Observación:<br>Resultado: \$1.672.244,000 | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:                                                                                           | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:                                                                                           |

**OBSERVACIONES:** Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

**EVALUADORES**

|                                                             |                                 |                                    |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:</b> | CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ | PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

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

**INFORMACIÓN DEL PROCESO**

|                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| <b>Proceso No.</b> | INVITACION A COTIZAR No.024 2021 |
|--------------------|----------------------------------|

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

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto a contratar</b> | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN EL GRUPO 1 Y 2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. VIGENTES Y LOS QUE LLEGAREN A SUSCRIBIR CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE USAQUEN, CHAPINERO, ENGATIVA, SUBA, BARRIOS UNIDOS Y TEUSAQUILLO Y DEMÁS QUE CONFORMAN LA SUBRED NORTE. |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

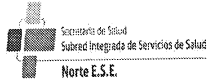
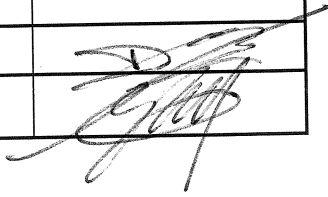
**INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

| CRITERIO                 | DESCRIPCIÓN                                                                         | CÓMO EVALUAR                                                                    | EVALUACIÓN                                            |                                                         |                                       |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                          |                                                                                     |                                                                                 | Proponente 4                                          | Proponente 5                                            | Proponente 6                          |
|                          |                                                                                     |                                                                                 | PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS                          | TU SALUD H&G SAS                                        |                                       |
|                          |                                                                                     |                                                                                 | No. NIT:<br>900514360-8                               | No. NIT:<br>900259168-6                                 | No. NIT:                              |
| HABILITANTES FINANCIEROS | Presentación de la totalidad de documentos solicitados                              | 1. Doc. de Identif. Contador Público<br>2. Tarjeta Profesional Contador Público | 1. Cumple<br>Observación:                             | 1. Cumple<br>Observación:                               | N.A.<br>Observación:                  |
|                          | Índice de liquidez<br>Mayor o Igual a 1.5                                           | IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE                                                    | 1. Cumple<br>Observación:<br>Resultado: 17.44         | 1. Cumple<br>Observación:<br>Resultado: 2.13            | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:    |
|                          | Nivel de Endeudamiento<br>Menor o Igual a 0.60                                      | NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL                                                | 1. Cumple<br>Observación:<br>Resultado: 0.43          | 1. Cumple<br>Observación:<br>Resultado: 0.35            | N.A.<br>Observación:<br>Resultado:    |
|                          | Capital de Trabajo<br>Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso | CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE                                                    | 1. Cumple<br>Observación:<br>Resultado: \$900.915.433 | 1. Cumple<br>Observación:<br>Resultado: \$1.617.414.610 | N.A.<br>Observación:<br>Resultado: \$ |

**OBSERVACIONES:** Se realizan los cálculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2020 anexos a la propuesta.

**EVALUADORES**

|                                                      |                                 |                                    |                                                                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero: | CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ | PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD |  |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                             | <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                                         |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 22/05/2020                |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROCESO</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| PROCESO No                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   | 024-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| MODALIDAD DE SELECCIÓN                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   | INVITACION A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 Y 2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE USAQUÉN, CHAPINERO, ENGATIVÁ, SUBA, BARRIOS UNIDOS Y TEUSAQUILLO Y DEMÁS QUE CONFORMAN LA SUBRED NORTE. |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| <b>INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN SARLAFT</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| CRITERIO                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIPCIÓN                                                                       | CÓMO EVALUAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Proponente 1                                       | Proponente 2                         | Proponente 3                                       | Proponente 4                                   | Proponente 5                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIS LABORATORIO ORTOPEDICO SAS<br>NIT830147758-7 | HEALTH HUMANA SAS<br>NIT:900751323-0 | ORTOPEDICOS FUTURO COLOMBIA SAS NIT<br>900824186-2 | PRAXIS DISEÑO INDUSTRIAL SAS<br>NIT900514360-8 | TU SALUD H&G SAS<br>NIT900259168-6                                                    |
| <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                                             | NO CUMPLE                            | NO CUMPLE                                          | CUMPLE                                         | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                             | Información financiera                                                            | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE                                             | CUMPLE                               | CUMPLE                                             | CUMPLE                                         | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                             | Fotocopia RUT                                                                     | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE                                             | CUMPLE                               | CUMPLE                                             | CUMPLE                                         | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                             | Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal         | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE                                             | CUMPLE                               | CUMPLE                                             | CUMPLE                                         | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                             | Fotocopia Declaración de Renta                                                    | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE                                             | CUMPLE                               | CUMPLE                                             | CUMPLE                                         | CUMPLE                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                             | Verificación en lista vinculante de la ONU/ CLINTON                               | CUMPLE / NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS                | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS  | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS                | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS            | NO SE ENCUENTRA REPORTADO EN LISTAS                                                   |
| OBSERVACIONES: Las propuestas presentadas por las empresas que se detallan a continuación NO CUMPLEN, con la verificación SARLAFT:                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| 1. HEALTH HUMANA SAS NIT:900751323-0: No presenta formulario para el conocimiento del cliente o contraparte. No presenta copia de la declaración de renta.                                                                  |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| 2. ORTOPEDICOS FUTURO COLOMBIA SAS NIT 900824186-2: No diligencia el formulario para el conocimiento del cliente o contraparte, en su totalidad. No anexa copia de la declaración de renta                                  |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| *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                                   |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| *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:                                                                                                                                                                           |                                                                                   | LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA/ ASESORA DE GERENCIA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                      |                                                    |                                                |  |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                           |                                                                                   | DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO SUPLENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:                                                                                                                                                                           |                                                                                   | ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT FECHA: 10/05/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                      |                                                    |                                                |                                                                                       |