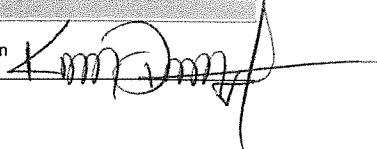


| INFORMACIÓN DEL PROCESO                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |                                                            |                                                       |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Proceso No.                                  | INVITACIÓN A COTIZAR 116-2019 S.NTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                            |                                                       |
| Modalidad                                    | (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)           A. <input checked="" type="checkbox"/> Invitación a Cotizar           B. <input type="checkbox"/> Evento Especial           C. <input type="checkbox"/> Otros mecanismos                                                                                               |                                                                                                                         |                                                            |                                                       |
| Objeto a contratar                           | CONTRATAR SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO ASISTENCIAL BASICO, LOS 7 DIAS A LA SEMANA LAS 24 HORAS DEL DIA, CON TRIPULACION INSUMOS Y EQUIPOS, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, CUBRIL LAS NECESIDADES DE TRASLADO EN EL MARCO DEL CONVENIO 870121 DE 2019 SUSCRITO POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                                                                         |                                                            |                                                       |
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |                                                            |                                                       |
| CRITERIO                                     | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                                                 |                                                       |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | Proponente 1                                               | Proponente 2                                          |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | AMBUPETROL MEDICA SAS- AMBUMEDICA SAS                      | N/A                                                   |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | NIT: 900205707-4                                           | N/A                                                   |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (NA)                                                                                                                    |                                                            |                                                       |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS                    | a). Carta de presentación de la propuesta (modelo anexo no 2 entregado por la subred)<br>c) certificación de cumplimiento del pago de aportes parafiscales efectuado en los últimos seis (6) meses anexo no 3 entregado por la subred)                                                                                                    | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)                                                                                                                                                                                                                                                                 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 3. certificado de existencia y representación legal / matrícula mercantil ( expedición no mayor a treinta (30) días)                                                                                                                                                                                                                      | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 4. Registro único de proponentes (expedición no mayor a noventa (90) días)                                                                                                                                                                                                                                                                | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 5. fotocopia del registro único tributario - RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT                                                                                                                                                                                                                                                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 7. fotocopia documento de identidad del representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                               | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |
|                                              | 8. certificado antecedentes disciplinarios - procuraduría general de la nación de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                      | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | <input type="text" value="1. Cumple"/><br><br>Observación: | <input type="text" value="N.A."/><br><br>Observación: |

| CRITERIO                  | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓMO EVALUAR                                                                                                            | EVALUACIÓN                            |              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | Proponente 1                          | Proponente 2 |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | AMBUPETROL MEDICA SAS- AMBUMEDICA SAS | N/A          |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | NIT: 900205707-4                      | N/A          |
| 1. HABILITANTES JURÍDICOS | 9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                              | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                             | N.A.         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observación:                                                                                                            | Observación:                          | Observación: |
|                           | 10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                     | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                             | N.A.         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observación:                                                                                                            | Observación:                          | Observación: |
|                           | 11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días                                                                                                                                                                                                                       | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                             | N.A.         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observación:                                                                                                            | Observación:                          | 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 | 1. Cumple                             | N.A.         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observación:                                                                                                            | Observación:                          | 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 | 1. Cumple                             | N.A.         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observación:                                                                                                            | Observación:                          | Observación: |
|                           | 14. póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de treinta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4 | Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo | 1. Cumple                             | N.A.         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observación:                                                                                                            | Observación:                          | Observación: |

OBSERVACIONES:

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

**SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO- SARLAFT**

**INVITACIÓN A COTIZAR No. 116-2019**

**INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR No.116-2019**

**OBJETO: CONTRATAR SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO ASISTENCIAL BASICO, LOS 7 DIAS A LA SEMANA LAS 24 HORAS DEL DIA, CON TRIPULACION INSUMOS Y EQUIPOS, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE TRASLADO EN EL MARCO DEL CONVENIO 870121 DE 2019.**

**VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT**

| DOCUMENTACION REQUERIDA                                              | 1.AMBUPETROL MEDICA SAS NIT 900.205.707-4                                  |        |           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
|                                                                      | REPRESENTANTE LEGAL:LUIS FERNANDO ZAMORANO GONZALEZ CC.# 79'691.306 BOGOTA |        |           |
|                                                                      | MEDIO MAGNETICO                                                            | CUMPLE | NO CUMPLE |
| Camara y Comercio                                                    | X                                                                          | X      |           |
| Fotocopia de la cédula de ciudadanía                                 | X                                                                          | X      |           |
| Fotocopia del RUT                                                    | X                                                                          | X      |           |
| festacion inhabilidades e incompatibilidades                         | X                                                                          | X      |           |
| Pago de Parafiscales                                                 | X                                                                          | X      |           |
| Responsables Fiscales - Contraloría General de la República          | X                                                                          | X      |           |
| Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación | X                                                                          | X      |           |
| Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá        | X                                                                          | X      |           |
| Certificado antecedentes Penales- Policía Nacional de Colombia       | X                                                                          | X      |           |
| Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción                   | X                                                                          | X      |           |
| Formato Conocimiento del cliente Persona Natural                     | X                                                                          | X      |           |
| Formato Conocimiento del cliente Persona Jurídica                    | X                                                                          | X      |           |
| Oferta de Servicios                                                  | X                                                                          | X      |           |
| Información financiera                                               | X                                                                          | X      |           |
| Verificación en lista vinculante de la ONU                           | X                                                                          | X      |           |

**OBSERVACION: LA INFORMACION REGISTRADA EN LOS FORMATOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE/ CONTRAPARTE CUENTAN CON LA**

**ANTIA DE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE MANEJO DE LA INFORMACION DE QUE TRATAN LAS LEYES 1266 DE 2008 Y 1581 DE 2012**

**INFORME EVALUACION SARLAFT**

La propuesta presentada por el oferente: 1.AMBUPETROL MEDICA SAS NIT 900.205.707-4 CUMPLE, con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT.

Fecha de la evaluacion : Agosto 21 de 2019

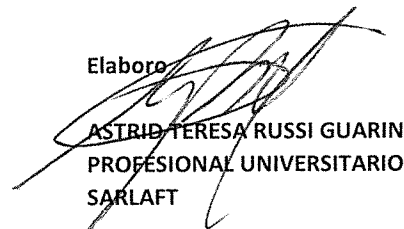
**Reviso:**



**DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ**  
**OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**  
**SARLAFT**

Calle. 66 No.15 - 41  
 Tel.: 4431790  
 www.subrednorte.gov.co  
 Info: Línea 195

**Elabora:**

  
**ASTRID TERESA RUSSI GUARIN**  
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**  
**SARLAFT**

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

|                         |
|-------------------------|
| INFORMACIÓN DEL PROCESO |
|-------------------------|

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| Proceso No. | Invitación a cotizar No 116-2019 S.NTE |
|-------------|----------------------------------------|

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

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | Contratar servicio de ambulancias traslado asistencial básico, los 7 días a la semana las 24 horas del día, con tripulación insumos y equipos, de acuerdo a la normatividad legal vigente, para cubrir las necesidades de traslado en el marco del convenio 870121 de 2019 suscrito por la Subred Norte E.S.E con el ffs. |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN |
|------------------------------|

| CRITERIO                                     | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                      | CÓMO EVALUAR       | EVALUACIÓN                                    |                         |                         |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                              |                                                                                                                                                                  |                    | Proponente 1                                  | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                              |                                                                                                                                                                  |                    | AMBUPETROL MEDICA S.A.S –<br>AMBUMEDICA S.A.S | (Nombre del proponente) | (Nombre del proponente) |
|                                              |                                                                                                                                                                  |                    | No. NIT: 900.205.707-4                        | No. NIT:                | No. NIT:                |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA |                                                                                                                                                                  | (NA)               | 20/08/19 02:56                                |                         |                         |
| CRITERIO                                     | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                      | CÓMO EVALUAR       | EVALUACIÓN                                    |                         |                         |
|                                              |                                                                                                                                                                  |                    | Proponente 1                                  | Proponente 2            | Proponente 3            |
|                                              |                                                                                                                                                                  |                    | AMBUPETROL MEDICA S.A.S –<br>AMBUMEDICA S.A.S |                         |                         |
|                                              | Experiencia de dos años                                                                                                                                          | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 59 al 71.                    |                         |                         |
|                                              | Presentar copia de la resolución de habilitación de APH                                                                                                          | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 72 al 74.                    |                         |                         |
|                                              | Exclusividad de vehículos                                                                                                                                        | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 91 al 92.                    |                         |                         |
|                                              | Plan de mantenimiento preventivo y correctivo vehículos y sus soportes                                                                                           | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 93 al 142                    |                         |                         |
|                                              | Plan de mantenimiento preventivo y correctivo equipos biomédicos con hojas de vida y sus soportes                                                                | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 143 al 214                   |                         |                         |
|                                              | Identificación y señalización vehículos de emergencia de conformidad con la norma de habilitación e imagen fotográfica que diga "no tiene costo para el usuario" | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 215 al 229                   |                         |                         |
|                                              | Protocolo de manejo residuos hospitalarios según ruta sanitaria establecida y gestión integral de residuos peligrosos                                            | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 230 al 295                   |                         |                         |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | Contratar servicio de ambulancias traslado asistencial básico, los 7 días a la semana las 24 horas del día, con tripulación insumos y equipos, de acuerdo a la normatividad legal vigente, para cubrir las necesidades de traslado en el marco del convenio 870121 de 2019 suscrito por la Subred Norte E.S.E con el fids. |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN |
|------------------------------|
|------------------------------|

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                             |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|--|--|
| <b>3. TÉCNICOS</b><br>(Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado) | Hojas de vida con soportes del personal integrante de atención pre hospitalaria con certificado en formación de soporte vital básico y atención integral a víctimas de violencia sexual así como la afiliación a la seguridad social, para el perfil de los conductores debe contar con primeros auxilios primer respondiente, curso COVE y Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y afiliación a seguridad social                                                                                                                                                                 | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 296 al 529 |  |  |
|                                                                                                                                                                       | Con base a la resolución 2003 de 2014 y NTC 3729 cumplir con los estándares de ambulancias Básicas de be cumplir con carrocería de acuerdo a la norma , luces exteriores, condiciones generales del interior de el vehículo, sistema sonoro y de comunicaciones, dotación completa de la ambulancia, insumos y medicamentos completos                                                                                                                                                                                                                                                        | Cumple o no cumple | Cumple del Folio 72 a la 74 |  |  |
|                                                                                                                                                                       | Anexar guías y protocolos en:<br>-Manejo de urgencias<br>-procedimiento de remisión incluye traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante.<br>-Guías para el transporte asistencial en la modalidad ofertada.<br>-Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de el vehículo.<br>-Rutinas de aseo de el Vehículo.<br>-Garantizar buenas practicas de esterilización de los dispositivos instrumental y dotación.<br>-Manual de limpieza y desinfección de la Ambulancia y equipos biomédicos camillas ETC.<br>-Documento para la gestión integral de residuos. | Cumple o no cumple | Cumple del folio 530 al 645 |  |  |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                             |  |  |

OBSERVACIONES:

| EVALUADORES |
|-------------|
|-------------|

|                                                   |                            |                            |                                                                                       |
|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico: | Jorge Wilson Blanco Rincon | Líder Unidad Funcional-APH |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

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

| INFORMACIÓN DEL PROCESO |  |
|-------------------------|--|
|-------------------------|--|

|             |                                         |
|-------------|-----------------------------------------|
| Proceso No. | INVITACIÓN A COTIZAR No 116 - 2019 SNTE |
|-------------|-----------------------------------------|

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

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto a contratar | CONTRATAR SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO, LOS 7 DÍAS A LA SEMANA LAS 24 HORAS DEL DÍA, CON TRIPULACIÓN INSUMOS Y EQUIPOS, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE TRASLADO EN EL MARCO DEL CONVENIO 870121 DE 2019 SUSCRITO POR LA SUBRED NORTE ESE CON EL FFDS. |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

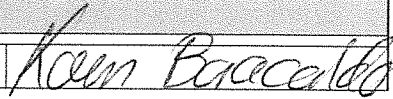
| INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|
|------------------------------|--|--|--|--|--|

| CRITERIO                                          | DESCRIPCIÓN           | CÓMO EVALUAR                                                                                   | Proponente 1                             | Proponente 2     | Proponente 3     |
|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|
|                                                   |                       |                                                                                                | AMBUPETROL MEDICA S.A.S-AMBUMEDICA S.A.S |                  |                  |
|                                                   |                       |                                                                                                | No. NIT: 900.205.707-4                   | No. NIT:         | No. NIT:         |
| FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA      |                       | (NA)                                                                                           | 20 DE AGOSTO DE 2019 2:56                |                  |                  |
| 4. ECONÓMICOS                                     | Valor de la propuesta | Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente | \$49.000.000                             |                  |                  |
|                                                   |                       |                                                                                                | Puntaje Asignado                         | Puntaje Asignado | Puntaje Asignado |
|                                                   |                       |                                                                                                | N/A                                      | N/A              |                  |
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS |                       |                                                                                                | N/A                                      |                  |                  |

| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|
|----------------|--|--|--|--|--|

|                                                                        |                                                                                                   |     |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|
| MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR TODOS LOS CRITERIOS TÉCNICOS Y ECONÓMICOS | Escriba la $\Sigma$ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica | N/A |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|

| EVALUADORES |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
|-------------|--|--|--|--|--|

|                                                     |                                                              |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, cargo y firma Evaluador Criterio Económico: | KAREN BARACALDO VARGAS - DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS |  |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|