INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	**INVITACIÓN A COTIZAR 045-2019 S.NTE**
Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. [X] Invitación a Cotizar B. [ ] Evento Especial
Objeto a contratar	**Realización ocho (8) de sesiones del Comité de Evaluación regional de Casos Especiales de Tuberculosis en Bogotá y una (1) sesión de capacitación dirigida a médicos especialistas, para el adecuado manejo programático de la farmacoresistencia y otras condiciones o casos especiales de Tuberculosis.**

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN Proponente 1	EVALUACIÓN Proponente 2
			FUNDACION NEUMÓLOGICA COLOMBIANA	**N/A**
			NIT: 800180553-4	**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) 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	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	2. compromiso anticorrupción (modelo anexo no. 4 entregado por la subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	3. certificado de existencia y representación legal / matrícula mercantil (expedición no mayor a treinta (30) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: Allega documento de la Subdirección de Inspeccion y Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaria Distrital de Salud de Bogota, donde se reconoce personeria juridica a la institucion de utilidad comun sin animo de Lucro.	N.A. Observación:
	4. Regristro único de proponentes (expedición no mayor a noventa (90) días)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:
	5. fotocopia del registro único tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	6. fotocopia del registro de identificación tributaria - RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	7. fotocopia documento de identidad del representante legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. 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	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	9. certificado antecedentes - contraloría general de la república de la empresa y del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	10. certificado antecedentes judiciales - policía nacional del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:

Scanned by CamScanner

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN	
			Proponente 1	Proponente 2
			FUNDACION NEUMÓLOGICA COLOMBIANA	N/A
			NIT: 800180553-4	N/A
	11. certificado antecedentes - personería de bogotá d.c. del representante legal, no mayor a treinta (30) días	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:No allega antecedentes de la Personeria de la Entidad, por lo cual y teniendo en cuenta la Ley antitramites (019/ 2012) se procede a dar impresión del mismo, el cual me permito adjuntar a esta evaluacion	N.A. Observación:
	12. certificación bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:
	13. póliza de seriedad de la oferta. su cuantía no será inferior al diez por ciento (10%) del valor total de la propuesta presentada por el oferente y su vigencia será de trenta (30) días contados a partir de la presentación de la oferta. a favor de la subred integrada de servicios de salud norte e.s.e. nit. 900.971.006-4	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

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

Scanned by CamScanner

Norte E.S.E

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

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

INVITACION A COTIZAR No. 045-2019

INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS CON OCASIÓN DE LA INVITACION A COTIZAR No.045-2019

OBJETO:Realización ocho (8) de sesiones del Comité de Evaluación regional de Casos Especiales de Tuberculosis en Bogotá y una (1) sesión de capacitación dirigida a médicos especialistas, para el adecuado manejo programático de la farmacoresistencia y otras condiciones o casos especiales de Tuberculosis.

VERIFICACION DOCUMENTACION SARLAFT

DOCUMENTACION REQUERIDA	1. FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA NIT. 800.180.553-4 REPRESENTANTE LEGAL: ALEJANDRO CASAS HERRERA CC#19'470.248 BOGOTA		
	MEDIO MAGNETICO	CUMPLE	NO CUMPLE
Oferta de Servicios	X	X	
Pago de Parafiscales	X	X	
Carta de Presentación de compromiso Anticorrupción	X	X	
Camara y Comercio	X	X	
Fotocopia del RUT	X	X	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía	X	X	
Certificado antecedentes fiscales- Procuraduría General de la Nación	X	X	
Responsables Fiscales - Contraloría General de la República	X	X	
Certificado antecedentes Disciplinarios- Personería de Bogotá	X	X	
Certificado antecedentes Penales- Policia Nacional de Colombia	X	X	
Formato Conocimiento del cliente Persona Jurídica	X	X	
Formato Conocimiento del cliente Persona Natural	NO PRESENTA		X
Información financiera	X	X	
Verificación en lista vinculante de la ONU / CLINTON	VERIFICADO	X	

OBSERVACION: LA INFORMACION REGISTRADA EN LOS FORMATOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE/ CONTRAPARTE CUENTAN CON LA GARANTIA 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. FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA NIT. 800.180.553-4; NO CUMPLE, con la verificación de documentación requerida en el SARLAFT

FECHA: 08/04/2019

Reviso:

DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO
SARLAFT

Elaboró:

ASTRID TERESA RUSSI GUARIN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
SARLAFT

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

Scanned by CamScanner

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

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	045-2019

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

Objeto a contratar	Realización ocho (8) de sesiones del Comité de Evaluación regional de Casos Especiales de Tuberculosis en Bogotá y una (1) sesión de capacitación dirigida a médicos especialistas, para el adecuado manejo programático de la farmacoresistencia y otras condiciones o casos especiales de Tuberculosis.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT:800180553-4	**No. NIT:**	**No. NIT:**
CRITERIO	**DESCRIPCIÓN**	**CÓMO EVALUAR**	**EVALUACIÓN**		
			Proponente 1	**Proponente 2**	**Proponente 3**
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	* HOJA DE VIDA CON EXPERIENCIA DE LOS PERFILES SOLICITADOS	CUMPLE/ NO CUMPLE	CUMPLE		
	* CERTIFICADO DE EXPERIENCIA DE LA EMPRESA MINIMO DOS CONTRATOS CELEBRADOS , CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS CON UN OBJETO IGUAL O SIMILAR AL DEL PRESENTE PROCESO	CUMPLE/ NO CUMPLE	CUMPLE		
	* CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTATE LEGAL DONDE INDIQUE EL LUGAR DONDE SE LLEVARA A CABO LAS SESIONES Y QUE INCLUYE	CUMPLE/ NO CUMPLE	CUMPLE		
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS					

OBSERVACIONES: Se acepta la propuesta para 7 sesiones de capacitación

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	

Scanned by CamScanner