FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

1 CONSIDERACIONES GENERALES.

1.1 DELEGACIÓN COMITÉ DE EVALUACIÓN

En Santiago de Cali, los integrantes del Comité Evaluador, nombrados mediante comunicación escrita en el mes de septiembre de 2024, suscrita por el gerente de la **RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE**, los suscritos funcionarios y contratistas proceden a evaluar técnica, financiera y jurídicamente la propuesta presentada.

1.2 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La Red de Salud Oriente – ESE, tiene establecido el Estatuto de Contratación, el cual se encuentra consignado en el Acuerdo N°.028 de julio 26 de 2021. Estatuto, que señala en el **Capítulo IV Contratación Directa, artículo 42 Procedencia, numeral 42.10**, las modalidades de selección a través de las cuales se efectuará la escogencia del contratista, dentro de las que se encuentra la modalidad de selección de Contratación Directa.

ARTICULO 42.- PROCEDENCIA

SEGÚN NATURALEZA: *Es la modalidad mediante la cual la ESE invita a presentar oferta a una persona determinada, en los siguientes casos:*

42.10 Contratación para el servicio público de salud o misionales, tales como: dispensación y suministro de medicamentos, servicios farmacéuticos, compraventa de dispositivos y equipos médicos, compra o venta de servicios asistenciales o de salud, compraventa o suministro de alimentación a los pacientes, recolección de residuos, lavandería, etc

En ese orden de ideas, la modalidad de selección del **CONTRATISTA** para contratar el servicio descrito en el objeto contractual del presente proceso contractual es la Contratación Directa.

Atendiendo la solicitud, y dentro del plazo establecido en la Solicitud de Oferta, se recibió la propuesta de DISCOLMETS SAS teniendo en cuenta, que de acuerdo con objeto y a las obligaciones contractuales el servicio requerido se subsume en un contrato de suministro.

En ese contexto, para la verificación de los requisitos solicitados al oferente se designó el equipo evaluador de la siguiente manera:

ROL	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O PROFESIÓN
Técnico	Yaffa Ruiz Palacios	Subgerente Científica
Financiero	Rubén Darío Lenis Hernández	Profesional Agremiado
Jurídico	Leonardo Medina Patiño	Jefe Asesor Oficina Jurídica

1.3 PRESUPUESTO ESTABLECIDO EN LA ENTIDAD

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

Para la prestación de los servicios ya enunciados de conformidad con las disposiciones legales y estatutarias la **RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE**, ha estimado el valor del presupuesto oficial, por la suma de para garantizar el abastecimiento requerido, la Red de Salud del Oriente E.S.E. acatando las disposiciones legales y estatutarias ha estimado el valor del mismo, por la suma **DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS**

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($287.645.880)) INCLUIDO IVA Y DEMÁS CONTRIBUCIONES QUE SE DESLIGUEN DEL PRESENTE CONTRATO.

1.4 EVALUACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS

Para proceder con esta verificación se tiene en cuenta lo siguientes documentos:

1. Certificado de Disponibilidad Presupuestal
2. Solicitud de Oferta
3. Propuesta presentada por el Oferente

Nombre del Proveedor	NIT empresa	Valor total + IVA
D I S C O L M E T S	828.002.423-5	**DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($ 287.645.880)**

Es así como se puedo determinar, que el oferente presentó la propuesta de acuerdo con el presupuesto designado por la Red de Salud del Oriente E.S.E y a la solicitud enviada al oferente,adjudica por valor de **DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($ 287.645.880)** INCLUIDO IVA Y DEMÁS CONTRIBUCIONES QUE SE DESLIGUEN DEL PRESENTE CONTRATO.

En ese orden de ideas y conforme a lo anterior, se procede a continuar con la verificación de los aspectos jurídicos y técnicos.

1.5 VERIFICACIÓN REQUISITOS JURIDICOS

DOCUMENTOS SOLICITADOS	CUMPLE	
	SI	NO
Cotización, oferta o propuesta económica.	x	
Formato único de hoja de vida de la DAFP persona jurídica	x	
Fotocopia del Rut de la persona jurídica (fecha de impresión **no mayor a 30 días**)	x	
Fotocopia de cedula de ciudadanía del representante legal	x	
Certificado de existencia y representación legal cámara y comercio **(vigencia máxima 3meses)**	x	
Registro de inscripción de constitución y/o agremiación sindical ante el ministerio de trabajo y seguridad social o certificación de la existencia de la asociación y/o agremiación sindicalexpedida por el ministerio de trabajo **(solo agremiaciones)**	x	
Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la contraloría general – delrepresentante legal (**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la contraloría general – de lapersona jurídica (**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – del representantelegal (**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – de la persona jurídica(**consulta no mayor a 30 días**)	x	

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

Antecedentes judiciales de la policía nacional del representante legal (**consulta no mayor a30 días**)	x	
Medidas Correctivas del representante legal de la asociación y/o agremiación sindical(**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Formato autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales a menores de edad delrepresentante legal	x	
Certificado de consulta de inhabilidades por delitos sexuales a menores de edad de lapersona natural (**lo consulta e imprime el área jurídica**)	x	
Formato declaración inhabilidades e incompatibilidades- diligenciado por el representantelegal	x	
Certificación, que los afiliados participes se encuentran debidamente afiliados a la asociacióny/o agremiación sindical **(solo agremiaciones)**	x	
Certificaciones de experiencia	x	
Certificación de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo **(para agremiaciones y/o servicios de mantenimiento)**	x	
Certificación de pago seguridad social expedida por el revisor fiscal o representante legal dela persona jurídica. **Cuando expide el Revisor Fiscal debe aportar:** • Fotocopia de la tarjeta profesional, • fotocopia de la cedula • antecedentes de la Junta Central de Contadores Nota: El revisor fiscal debe estar inscrito en la Cámara de Comercio de la entidad y en sudefecto aportar el contrato de Prestación de Servicio	x	
Registro único de proponente (**RUP**) o Estados financieros (cuando **aplica) Nota: Si presenta estados financieros debe incluir los documentos del contador** • Fotocopia de la tarjeta profesional, • fotocopia de la cedula • antecedentes de la Junta Central de Contadores	x	
Comprobante de inscripción factura electrónica	x	
Diligenciar formulario SARLAF- Proveedores jurídicos https://desqubra.com.co/listas/public/formularios_conocimiento/responder_formulario_c/129/ 4/353/72	x	
Formato de solicitud de transferencia electrónica persona jurídica	x	
Certificación bancaria	x	

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS TÉCNICOS

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA
ACETAMINOFEN 150MG FCO 60ML	700
ACETAMINOFEN 500MG C*100 TABLETA	1.200
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG C*900 TABLETA	40
ACIDO FOLICO 1MG C*300 TABLETA	1.200
AGUA ESTERIL 10ML C*50 AMPOLLA	4.000
AGUA ESTERIL FRASCO 500ML	12
ALBENDAZOL 100MG/5M SUSP ORAL FCO 20ML	1.600
AMIKACINA 500MG C*10 AMPOLLA	200
AMIODARONA 150MG C*25 AMPOLLA	50
AMOXICILINA 250MG FCO 100ML	30
AMPICILINA 1GR C*10 AMPOLLA	1.000
AMPICILINA+SULBACTAN 1.5G C*10 AMPOLLA	6.500
AMPICILINA 500MG C*10 AMPOLLA	400
AZITROMICINA 500MG C*3 TABLETA	12
BETAMETASONA 4MG C*100 AMPOLLA	200
CAPTOPRIL 25MG C*30 TABLETA	30
CAPTOPRIL 50MG C*100 TABLETA	80
CARBONATO DE CALCIO 600MG C*250 TABLETA	12.000
CEFTRIAXONA 1GR C*25 AMPOLLA	2.500

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

CEFUROXIMA 250MG/5ML FCO*70ML	4
CLARITROMICINA 500MG C*10 AMPOLLA	500
CLINDAMICINA 600MG C*100 AMPOLLA	2.200
CLONIDINA 0.15MG C*500 TABLETA	60
CLOPIDOGREL 75MG C*30 TABLETA	60
DEXAMETASONA 4MG C*100 AMPOLLA	6.500
DEXTROSA 5% AGUA DESTILADA BOLSA 500ML	120
DEXTROSA 10% AGUA DESTILADA BOLSA 500ML	120
S.P DIAZEPAM 10MG/2ML C*100 AMPOLLA	300
DICLOFENACO 75MG C*100 AMPOLLA	8.500
DIPIRONA 2.5G/5ML C*5 AMPOLLA	4.000
ENOXAPARINA 40MG C*10 JERINGA PRELLENADA	150
ADRENALINA 1MG C*25 AMPOLLA	4.200
METILERGOMETRINA 0.2MG/ML C*10 AMPOLLA	40
FENITOINA 250MG C*10 AMPOLLA	600
BROMURO IPRATROPIO+FENOTEROL 0,25+0.50MG SOL NEBULIZAR FCO 20ML	120
FITOMENADIONA 1MG/1ML C*100 AMPOLLA	150
NITROFURAZONA 0.2% POTE 454GR	20
FUROSEMIDA 20MG C*100 AMPOLLA	600
GENTAMICINA 160MG C*10 AMPOLLA	200
GENTAMICINA 3MG SOL OFTALMICA FCO 6ML	5
HALOPERIDOL 5MG C*100 AMPOLLA	100
HIDROCORTISONA 100MG C*100 AMPOLLA	2.400
HIDROXICINA HCL 100MG/2ML C*5 AMPOLLA	1.000
HIOSCINA BUTILBROM+DIPIRONA 20MG/2.5GR C*100 AMPOLLA	4.500
HIOSCINA BUTILBROMURO 20MG C*100 AMPOLLA	1.000
INMUNOGLOBULINA ANTI D 300MCG AMPOLLA	5
INSULINA ZINC CRISTALINA 80-100UI/ML AMPOLLA	6
INSULINA NPH 80-100UI/ML AMPOLLA	2
DINITRATO ISOSORBIDE 5MG C*20 TABLETA	2
LABETALOL 100MG/20ML C*4 AMPOLLA	50
LIDOCAINA SPRAY ATOMIZADOR 10% SOLUCION TOPICA FCO 80GR	15
LIDOCAINA 2% SIN EPINEFRINA 10ML AMPOLLA	1.800
LIDOCAINA JALEA 2% TUBO 30G	200
MEPERIDINA 100MG AMP	250
METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10MG CAJA*100 AMPOLLA	3.000
METRONIDAZOL 500MG C*500 TABLETA	12
S.P MIDAZOLAM 5MG/5ML C*10 AMPOLLA	100
MISOPROSTOL 200MCG FCO*7 TABLETA	5
MORFINA CLORHIDRATO 10MG/ML AMP X 5ML	250
NAPROXENO SODICO 125MG SOLUCION ORAL FCO 80ML	80
NIFEDIPINO 30MG C*300 CAPSULA	60
OMEPRAZOL SODICO 40MG C*50 AMPOLLA	4.200
OXACILINA 1GR C*10 AMPOLLA	400
OXITOCINA 10UI C*10 AMPOLLA	600
OXIDO DE ZINC 25% POTE 500GR	30
PENICILINA BENZATINICA 2.400.000UI C*10 AMPOLLA	800
PENICILINA G SODICA 1.000.000UI C*10 AMPOLLA	100
SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA TUBO 30GR	80
QUETIAPINA 25MG C*30 TABLETA	20
RALTEGRAVIR 25MG C*60 TABLETA MASTICABLE	1
RALTEGRAVIR 100MG FCO*60 TABLETA MASTICABLE	1
RALTEGRAVIR 400MG FCO*60 TABLETA	15
SALBUTAMOL 100MCG FCO*200 DOSIS INHALADOR	1.500
SALES DE REHIDRATACION C*30 SOBRES	100
CLORURO DE SODIO 2MEQ/ML C*50 AMPOLLA	150
LACTATO DE RINGER BOLSA 500ML	2.200
SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA 100ML	1.500
SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA 250ML	600

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA 500ML	8.000
SULFATO DE MAGNESIA 20%/10ML AMPOLLA	300
SULFATO DE ZINC 2MG/ML SOL ORAL FCO 80ML	800
SULFATO FERROSO FCO 120ML	800
SULFATO FERROSO 300MG C*500 TABLETA	7.000
TENOFOVIR+EMTRICITABINA 200+300MG FCO*30 TABLETA	15
TRAMADOL 100MG C*100 AMPOLLA	1.200
TRAMADOL 50MG C*100 AMPOLLA	4.000
ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML C*5 AMPOLLA	600
VITAMINA A 50.000UI C*50 CAPSULA	70
LEVONORGEST 0.75MG C*40 TABLETA	15
FORMOL 10% FRASCO 1000 ML	4
PERCLORURO FERRICO 50% FCO 120ML	4
ACIDO ACETICO 5% FRASCO X 500ML	4

Por lo anterior, se recomienda al Gerente de la Red Salud del Oriente E.S.E. Facultado para contratar, acoger la propuesta presentada por D I S C O L M E T S S A S para la celebración del Contrato de Suministro.

Para todos los efectos el presente documento denominado Formato Evaluación dePropuesta se entiende fechado y firmado a través del flujo de aprobaciones del SECOP II.

COMITÉ EVALUADOR

ORIGINAL FIRMADO

YAFFA RUIZ PALACIOS
Rol Técnico

ORIGINAL FIRMADO

LEONARDO MEDINA PATIÑO
Rol Jurídico

ORIGINAL FIRMADO

RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ.
Rol Financiero

Revisó y Aprobó: Leonardo Medina Patiño-Jefe Asesor Oficina Jurídica