| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | | BOGOTÁ |
|---|---|---|---|
| | DESIGNACIÓN VERIFICADOR CRITERIOS HABILITANTES | CO-CBS-FT-29 V2 | |

**FECHA:** FEBRERO DE 2025

**PARA:** ANGELA ROCIO RODIGUEZ RODRIGUEZ
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

**ASUNTO: DESIGNACIÓN VERIFICACIÓN CRITERIOS HABILITANTES**

**MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA**

JURIDICOS: ____X____
FINANCIEROS: _____
EXPERIENCIA: _____
TÉCNICOS: _____

En atención al asunto de la referencia, le comunico que ha sido designada para realizar la verificación de criterios habilitantes de la propuesta presentada, dentro del proceso de selección de la Orden de Compra No. OC 002-2025, cuyo objeto es: ***SUMINISTRO DE KIT DE SUTURAS PARA PROCEDIMIENTO DE METODO APOLLO GASTROPLASTIA ENDOSCOPICA REQUERIDOS PARA LAS PACIENTE LICENIA QUISABONY CARRION CC 36.273.104 EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E."***

En razón de lo anterior, cuenta con un término de UN (1) día hábil para hacer entrega del informe de la evaluación en la Dirección de contratación.

Se entrega propuesta(s) integral(es) de:

| PROPONENTE |
|---|
| BOSTON SCIENTIFIC COLOMBIA LIMITADA |

Cordialmente,

**ISIDRO ALBERTO GONZALEZ RODRIGUEZ**
**SUBGERENTE CORPORATIVO**
**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**Recibe:**

**NOMBRE DEL VERIFICADOR (A):** ANGELA ROCIO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

**FIRMA DEL VERIFICADOR (A)** _____

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | | BOGOTÁ |
|---|---|---|---|
| | DESIGNACIÓN VERIFICADOR CRITERIOS HABILITANTES | CO-CBS-FT-29 V2 | |

**FECHA:** FEBRERO DE 2025

**PARA:** MIGUEL RODRIGUEZ BALLÉN – DIRECTOR ADMINISTRATIVO

JOSEPH KLING GÓMEZ – REFERENTE DE CIRUGIA
DIRECCIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

**ASUNTO: DESIGNACIÓN VERIFICACIÓN CRITERIOS HABILITANTES**

**MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA**

JURIDICOS: _____
FINANCIEROS: _____
EXPERIENCIA: _____
TÉCNICOS: ___X_____

En atención al asunto de la referencia, le comunico que ha sido designada para realizar la verificación de criterios habilitantes de la propuesta presentada, dentro del proceso de selección de la Orden de Compra No. OC 002-2025, cuyo objeto es: ***SUMINISTRO DE KIT DE SUTURAS PARA PROCEDIMIENTO DE METODO APOLLO GASTROPLASTIA ENDOSCOPICA REQUERIDOS PARA LAS PACIENTE LICENIA QUISABONY CARRION CC 36.273.104 EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E."***

En razón de lo anterior, cuenta con un término de UN (1) día hábil para hacer entrega del informe de la evaluación en la Dirección de contratación.

Se entrega propuesta(s) integral(es) de:

| PROPONENTE |
|---|
| BOSTON SCIENTIFIC COLOMBIA LIMITADA |

Cordialmente,

**ISIDRO ALBERTO GONZALEZ RODRIGUEZ**
**SUBGERENTE CORPORATIVO**
**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**Recibe:**

**NOMBRE DEL VERIFICADOR (A):** MIGUEL RODRIGUEZ BALLÉN

**FIRMA DEL VERIFICADOR (A)** _____

**NOMBRE DEL VERIFICADOR (A):** JOSEPH KLING GÓMEZ

**FIRMA DEL VERIFICADOR (A)** _____

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | | BOGOTÁ |
|---|---|---|---|
| | DESIGNACIÓN EVALUADOR ECONÓMICO | CO-CBS-FT-36 V1 | |

**FECHA:** FEBRERO DE 2025

**PARA:** MIGUEL RODRIGUEZ BALLÉN - DIRECTOR ADMINISTRATIVO

ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL- LIDER MEDICO QUIRURGICOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

**ASUNTO: DESIGNACIÓN EVALUADOR ECONÓMICO.**

En atención al asunto de la referencia, le comunico que ha sido designada para realizar la evaluación económica de la propuesta presentada, dentro del proceso de selección de la Orden de Compra No. OC 002-2025, cuyo objeto es: ***SUMINISTRO DE KIT DE SUTURAS PARA PROCEDIMIENTO DE METODO APOLLO GASTROPLASTIA ENDOSCOPICA REQUERIDOS PARA LAS PACIENTE LICENIA QUISABONY CARRION CC 36.273.104 EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E."***

En razón de lo anterior, cuenta con un término de UN (1) día hábil para hacer entrega del informe de la evaluación en la Dirección de contratación.

Se entrega propuesta(s) integral(es) de:

| PROPONENTE |
|---|
| BOSTON SCIENTIFIC COLOMBIA LIMITADA |

Cordialmente,

**ISIDRO ALBERTO GONZALEZ RODRIGUEZ**
**SUBGERENTE CORPORATIVO**
**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**Recibe:**

**NOMBRE DEL VERIFICADOR (A):** MIGUEL RODRIGUEZ BALLÉN

**FIRMA DEL VERIFICADOR (A)** _____

**NOMBRE DEL VERIFICADOR (A):** ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL

**FIRMA DEL VERIFICADOR (A)** _____