Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA	CÓDIGO: AP-CT-F-61
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/02/2025

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	**IC 021-2025**
MODALIDAD DE SELECCIÓN	**INVITACIÓN A COTIZAR**
OBJETO A CONTRATAR	**SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA	
			Proponente 1	Proponente 2
			OPIMED SAS	BIOTECH HEALTH CARE COLOMBIA S.A.S
			No. NIT:830062565-6	No. NIT: 901112882-9
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en los Estudios Previos, Invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	**1. Fichas técnicas en medio magnético numeradas por cada ítem según corresponda de cada insumo de oftalmología ofertado.**	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	2. Certificación Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento (CCCA). Distribución de los insumos médico quirúrgico, debidamente expedido por el Invima.	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	3. Registro Sanitario de cada Dispositivo Médico Quirúrgico (debe de venir codificado con el respectivo nombre de cada ítem relacionado), debidamente expedido por el Invima.	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	4. Certificado de buenas prácticas de manufactura (BPM), dependiendo de calidad de fabricante y/o distribuidor, debidamente expedida por el INVIMA o quien haga sus veces. (si aplica).	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	5. Inscripción al Programa de Tecno vigilancia y farmacovigilancia debidamente expedido por el Invima (Pantallazo de la inscripción al programa nacional de tecno vigilancia ante el Invima), la entidad se reserva el derecho de verificar las condiciones directamente en el Invima. (según aplique).	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	6. El distribuidor debe adjuntar el concepto técnico higiénico-sanitario de la visita que realiza la Secretaría de Salud al distribuidor, donde consta que cumple con los requisitos exigidos para este tipo de establecimientos y que haya sido realizada en el último año (1) año o la radicación de la solicitud de la visita ante la Secretaría Distrital de Salud.	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	7. Carta de compromiso suscrita por el Representante Legal del oferente, en donde garantizará el reemplazo de los elementos objeto del contrato, por vencimiento y/o vida útil de productos: cuando la fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, ó el 75% de su vida útil, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación por parte del Supervisor del Contrato.	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
	8. Disponibilidad de bodegas de almacenamiento y distribucion: El oferente debe presentar certificación firmada por el Representante Legal, acreditando que cuentan con mínimo una(s) bodega(s) y/o contrato(s) suscrito(s) con operador logístico de almacenamiento y distribución, que cumpla con los requerimientos exigidos en el decreto 4725 de 2005 "Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano". Así mismo, deberá indicar datos de ubicación de las bodegas como son: Dirección, teléfono, Correo electrónico, persona de contacto y vehículos de distribución. La ubicación de las bodegas debe ser en la ciudad de Bogotá y/o municipios colindantes. * Con capacidad de entrega inmediata con bodega en Bogotá, tiempo de entrega antes de 24 horas.	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**		

OBSERVACIONES:

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

EVALUADORES

	NOMBRE Y CARGO	FIRMA
EVALUADOR TENICO	MARIA NELLY SANCLEMENTE PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA	
EVALUADOR TENICO	MARTHA GIOVANNA QUITIAN CAMACHO PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA	
SUPERVISOR	ANDREA SANDOVAL CASTRO	
DIRECTOR DE ÁREA	ANDREA SANDOVAL CASTRO	