	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-026-2025**
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACION A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS - DESINFECTANTES Y JABONES, PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E"

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	NUMERAL	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA			
			Proponente 1	**Proponente 2**	**Proponente 3**	**Proponente 4**
			PROASEPSIS	ALFA TRADING	MEDICOX	QUIRUMEDICAS S,A,S,
			No. 860534045-3	No. NIT: 830.041.488 – 7	No. NIT:: 830.142.523-0	No. NIT:860.047.163-5
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. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE. SUBSANADO	NO CUMPLE. No presenta experiencia	CUMPLE	CUMPLE
	Ficha técnica del producto de manera individual, con foto del insumo, formato en castellano y enumerando el Ítem ofertado y nombre del Insumo tal cual como se encuentra en el anexo Técnico	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Registro INVIMA de manera individual del producto enumerando el ítem y nombre del Insumo como se encuentra en el anexo técnico económico o en su defecto carta de exclusión.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	Carta firmada por el Representante Legal en la cual se relacione el nombre y teléfono de la persona de contacto del programa de tecno vigilancia tanto del distribuidor como del (los) laboratorio (s) e importador propuestos en su oferta.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	•Carta firmada del Representante legal en la cual certifique sobre condición de distribuidor o fabricante: El proponente indicará claramente en la oferta si es fabricante o si se trata de un distribuidor o representante debidamente autorizado, respecto de los bienes ofrecidos, lo cual se acreditará acompañando a la propuesta, la respectiva carta de autorización y/o representación del fabricante para comercializar en Colombia los mencionados bienes o del Representante en Colombia que lo autorice como su distribuidor.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	•Carta firmada por el Representante Legal en la cual certifique su capacidad de distribución, especificando tiempo de respuesta, forma de transporte, capacidad instalada y plan de contingencia; no se aceptarán empresas transportadoras sin acompañamiento de representante del oferente, con el fin de realizar las recepciones técnicas.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

	•Carta de compromiso en la cual garantice el cambio de los insumos próximos a vencer o presenten baja rotación ya sea por el mismo producto o por el que la Subred Norte requiera de acuerdo a sus necesidades y que se encuentren dentro del contrato una vez notificado por el supervisor del mismo, previa verificación y concepto técnico emitido por el personal designado para tal fin, durante la ejecución del contrato y seis (6) meses después de finalizado el contrato.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	•Presentar las muestras de los insumos y dispositivos médicos, cuando así lo considere el Comité Evaluador, de los ítems que corresponda, durante la etapa de verificación de las posibles ofertas recibidas.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	ANEXO TÉCNICO: El proponente debe diligenciar y aportar el Anexo Técnico en el campo con encabezado "INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL PROVEEDOR **(OBLIGATORIO DILIGENCIAR TODOS LOS CAMPOS) NO ADICIONAR O CAMBIAR EL FORMATO ESTABLECIDO" dispuesto por la Subred Norte E.S.E., de acuerdo con la descripción y características técnicas establecidas en el mismo. (No se aceptarán ofertas de Dispositivos e insumos médico-quirúrgicos que No diligencien la información DEL ANEXO TECNICO.)	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE. SUBSANADO**	**NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**

OBSERVACIONES:

EVALUADORES		
	NOMBRE Y CARGO	**FIRMA**
EVALUADOR TENICO	**LUIS ALBERTO SASTOQUE TECNOLOGO ADMINISTRATIVO II**	
SUPERVISOR		
DIRECTOR DE ÁREA		

