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-051-2025
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1, 2, 3 Y 4 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DEL CIA **736-2024** LOCALIDAD DE USAQUEN

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA S A S **No. NIT: 900259168**	**NO APLICA**	**NO APLICA**
RESULTADOS HABILITANTES DE EXPERIENCIA	El proponente deberá debe acreditar su experiencia aportando mínimo una (1) y máximo tres (3) certificaciones de contrato terminado y/o liquidado, cuyo objeto u obligaciones, sea igual o similar al objeto a contratar, que indique como mínimo: Nombre o razón social del contratante (público o privado), Nombre del contratista, Fecha de iniciación y de terminación del contrato (si aplica), Valor del contrato, Objeto del contrato, Suscrita por funcionario/empleado competente.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
REQUISITOS HABILITANTES TÉCNICOS	**1.**El oferente deberá presentar: certificado de distribuidores que demuestre la cadena de distribución: carta del fabricante o importador autorizando su comercialización de acuerdo a la marca ofertada.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	2. El oferente deberá presentar: autorización de comercialización cuando corresponda (Distribuidor) carta que demuestre la facultad de distribuir o comercializar, debidamente expedida por el fabricante o importador con sus respectivos registros INVIMA de los elementos (cuando aplique) y donde se expresen los tiempos de garantías de productos.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	3. El oferente deberá demostrar mediante documento legal de compra (Factura) que el aluminio utilizado para la elaboración de las ayudas técnicas que requieran elaboración cumpla con las especificaciones técnicas requeridas en la descripción de los ítems a contratar.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	4. El oferente deberá presentar certificación de condiciones sanitarias de dispositivos médicos, para fabricantes de sillas de ruedas; Según Decreto 4725 de 2005 expedido por el INVIMA.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	5. El oferente deberá presentar: Fichas técnicas del fabricante y/o proveedor de cada uno de los elementos ofertados por ítem de los dispositivos de asistencia personal y deben contener lo siguiente: especificaciones técnicas, cuidados del elemento, tiempos de garantía y registro INVIMA de los ítems que lo requieran. Cuando Aplique.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	6. Visita Técnica a las instalaciones de la empresa y/o fabricas que presente el oferente. Una vez entregada la propuesta por el oferente se llevará a cabo por los evaluadores técnicos visita técnica obligatoria a las instalaciones de los mismos con el fin de verificar:	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.1 Capacidad Organizacional de la empresa: infraestructura técnica, administrativa y operativa del distribuidor o fabricante con la que cuenta para el suministro y elaboración de las ayudas técnicas ofrecidas.	CUMPLE / NO CUMPLE	CIMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.2 Capacidad de almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos: verificar espacios de bodegaje, organización, embalaje y adaptación de los elementos ofertados.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.3. Verificación de la muestra ofertada (186 ítems) en la propuesta: realizar visita técnica a las Instalaciones de cada oferente, con el fin de verificar el cumplimiento de un 80 % de las muestras físicas de los ítems solicitados y presentar el 100% de las fichas técnicas de los items solicitados.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.4 Garantías de los Dispositivos de Asistencia Personal: El oferente deberá suministrar las respectivas garantías (tarjeta plastificada tipo carné), presentar muestra de como se entregará.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	7. El oferente deberá anexar el certificado de capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento (CCAA) Dispositivos médicos.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA

CamScanner
Scanned with CamScanner

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1, 2, 3 Y 4 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DEL CIA **736-2024** LOCALIDAD DE USAQUEN

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

	8. Carta suscrita por el representante legal donde se compromete a entregar los dispositivos de asistencia personal que conforman los kit, en una bolsa tipo cambel con medidas de 50 cm de ancho x 45 cm de alto y fuelle de 17 cm, la cual deberá venir contramarcada en el color e imagen institucional aprobada por el area de prensa de cada Fondo de Desarrollo Local de acuerdo a la solicitud de pedido, dichos diseños se enviaran al proveedor.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	9. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST): De acuerdo con la Resolución 0312 del año 2019 expedida por el Ministerio de Trabajo y el Decreto Único Reglamentación Sector Trabajo 1072 de 2015, deberá entregar el certificado del estado de implementación del SG- SST expedido por la ARL, respecto al cumplimiento de SG-SST y los estándares mínimos en SST establecidos por la resolución 0312 del 13 de febrero de 2019, con un puntaje mínimo del 99%, la anterior evaluación deberá corresponder al año 2024. El oferente debera presentar los respectivos soportes de acreditación	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	10. Presentar concepto higienico sanitario Favorable del establecimiento emitido por la autoridad sanitaria.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
	11. Presentar como talento humano, (1) hoja de vida del profesional con experiencia de mínimo 3 años en elaboración y/o adaptación y/o prescripción de ayudas técnicas (Dispositivos de asistencia personal) requeridas de tal manera que garanticen el ajuste, mantenimiento, apoyo en el entrenamiento y prescripción.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	NO APLICA	NO APLICA

OBSERVACIONES:

REQUISITOS HABILITANTES TÉCNICOS:

Ítem 5: Cumple; El oferente adjunta las fichas técnicas que incluyen los cuidados requeridos para el uso de dispositivos de asistencia personal correspondientes a los siguientes ítems:
- Items 1 al 13- Grupo 1- Ayudas para la movilidad.
- Items 14-65 Grupo 2- Ayudas de protección en casa, soporte blando, calzado ortopédico, artrítico y de baja complejidad.
- Items 126 al 155, 160 al 169, 171 al 176, 179 al 183 y 186- Grupo 4- Ayudas para personas con discapacidad cognitiva.

Item 9: Cumple; El oferente adjuntó el certificado expedido por ARL certificando cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente al año 2024, con un puntaje del 100%, conforme a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 y el Decreto 1072 de 2015.

Item 10: Cumple; El oferente adjunta documento con concepto sanitario favorable, evidenciado en pagina 4 **(CONCEPTO SANITARIO FAVORABLE).**

EVALUADORES

	NOMBRE Y CARGO	**FIRMA**
EVALUADOR TENICO	DALIA AZUCENA LONDOÑO ORTIZ	DALIA A. LONDOÑO ORTIZ
SUPERVISOR	INGRID PAOLA LOZANO TORRES	Ingrid Paola Lozano T.
DIRECTOR DE ÁREA	INGRID PAOLA LOZANO TORRES	Ingrid Paola Lozano T.

CamScanner
Scanned with CamScanner