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 febrero de 2026, 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 147 del 20 octubre de 2025, y el Manual de Contratación adoptado mediante resolución No.100.03.03.344 del 30 de octubre de 2025 que señala en el **Capítulo IV Contratación Directa, artículo 41 Procedencia, SEGÚN LA NATURALEZA ítem 41.10** Contratación para el servicio público de salud, misionales o administrativos, tales como: dispensación y suministro de medicamentos, servicios farmacéuticos, compraventa de dispositivos médicos, compra o venta de servicios asistenciales o de salud, compraventa o suministro de alimentación a los pacientes, transporte, logística, publicidad o medios 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 **VALPHARMA 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	CARGO Y/O PROFESIÓN
Técnico	Ariel Juvenal Herrera Morales	Profesional Especializado
Financiero	Rubén Darío Lenis Hernández	Profesional Especializado
Jurídico	Hellen Dayanna Gonzalez	Profesional Agremiada

1.1 PRESUPUESTO ESTABLECIDO EN LA ENTIDAD

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, acatando las disposiciones legales y estatutarias por la suma de **CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE (167.846.212.00).**

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

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
VALPHARMA SAS	900.830.528-2	**CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE (167.846.212.00).**

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 **CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE (167.846.212.00).**

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

1.2 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	

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – de la persona jurídica(**consulta no mayor a 30 días**)	x	
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

DESCRIPCION	CANTIDAD
ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	1
ACETAMINOFEN JARABE 150 MG /5 ML	1

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TABLETA	1
ACIDO FOLICO 1MG	1
ACIDO TRANEXAMICO X 500 MG/5ML	1
Acido Valproico amp 500mg/ 5ml	1
Acido Valproico tab 500 mg	1
Adenosin amp 6mg/2ml	1
AGUA ESTERIL AMP	1
AGUA ESTERIL FRASCO 500 ML	1
AGUA ESTERIL PARA IRRIGACION BOLSA * 3000ML	1
ALBENDAZOL 100 MG/5ML FRASCO X 20ML SUSPENSION	1
AMIKACINA 500 MG/2 ML	1
AMIODARONA CLORHIDRATO 150 MG/3ML	1
Amiodarona Clorhidrato. 200 mg tableta	1
AMLODIPINO TABALETA DE 10 MG	1
Amoxicilina 250 mg/5ml POLVO PARA SUSPENSION	1
AMPICILINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR	1
AMPICILINA 1G+ SULBACTAM O.5G	1
Atorvastatina 40 mg TABLETA	1
Atropina sulfato 1 mg/ml	1
Beclometasona -250 mcg/dosis Aerosol	1
Beclometasona -50 mcg/dosis Aerosol	1
BETAMETASONA 4 mg/ml SLOUCION INTECTABLE	1
BIPERIDENO TABLETA DE 2 MG	1
BISACODILO-5 MG TABLETA	1
BISOPROLOL 5 MG TAB **REC**	1
BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG SOLUCION PARA INHALACION 200 DOSIS	1
BROMURO DE IPRATROPIO 25MG/100ML - SOLUCION PARA NEBULIZAR - ATROVENT	1
BROMURO DE ROCURONIO 50MG / 5ML	1
CAPTOPRIL 25 mg TAB	1
Captopril 50 mg TABLETAS	1
CARBONATO DE CALCIO 600 MG	1
CARVEDILOL 6.25 MG TAB	1
Cefalexina250 mg/5ml SUSPENSION	1
CEFALOTINA 1G AMPOLLA	1

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

CEFAZOLINA 1GR AMPOLLA	1
CEFOTAXIME POLVO LIOFILIZADO * 1GR	1
CEFTRIAXONA 1.0 G POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR	1
CIPROFLOXACINA 500 MG TABLETA	1
CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO- INYEC 100MG/10ML	1
CLARITROMICINA 250MG/5ML SUSPENSION ORAL	1
CLARITROMICINA 500 MG TABLETA	1
CLARITROMICINA AMP 500MG	1
Clindamicina 600 mg/4 mL	1
CLONIDINA CLORHIDRATO 0.150 MG	1
CLOPIDOGREL 75 mg	1
CLORURO DE POTASIO 20 mEq /10 mL	1
CLORURO DE SODIO - 20 mEq/10 mL x 11.69G Iny. AMP X 10ML	1
Dalteparina ampolla por 10.000 U/ml	1
Dexametasona 4 mg/ml	1
DEXTROSA 5% EN AGUA DESTILADA X 500CC	1
DEXTROSA AL 10% EN AGUA DESTILADA	1
Diclofenaco Sodico 75 mg/3 mL	1
DIPIRONA 2.5G / 5 ML	1
Dobutamina amp 250mg/ 5ml	1
EMTRIFOVIR TENOFOVIR + EMTRICITABINA 300/200 MG TABLETA	1
ENALAPRIL MALEATO-20 MG TABLETA	1
Enalapril tab de 5 mg	1
ENOXAPARINA SODICA 40 MG JERINGA PRELLENADA	1
ENOXAPARINA SODICA 60 MG JERINGA PRELLENADA	1
ENOXAPARINA SODICA 80 MG JERINGA PRELLENADA	1
Epinefrina (adrenalina) 1 mg/ml	1
Ergometrina/Ergonovina amp0.2 mg/ml Iny.	1
ESPIRINOLACTONA 25 MG TABLETA	1
Fenitolna sOdica 250 mg/5mlSOLUCION INTECTABLE	1
FENOTEROL BROMHIDRATO 0.50 MG + BRUMURO DE IPRATROPIO 0.25MG /ML SOL/NEBULIZAR BERODUAL	1
FENTANILO CITRATO	1
FITOMENADIONA (VITAMINA K) ADULTO -	1

Furosemida 20 mg/2 mL	1
Gentamicina 160 mg/2 mL	1
Gentamicina 80 mg/2 mL	1
Gentamicina Got. Oft.s -3 mg/ml (0.3%)	1
Glargina lapicero 100UI/ml	1
GLICERINA 2.3 G ADULTO SUPOSITORIO LASS ADULTO	1
GLUCONATO DE CALCIO 10%	1
Glulisina lapicero 100UI/ml	1
Haloperidol 5 mg/mL	1
Heparina no fraccionada ampolla por 5000 U/ml	1
HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA * 25MG	1
Hidrocortisona 100 mg	1
Hidroxicina 100 mg X 2ML	1
HIERRO PARENTERAL 100MG/5ML	1
HIERRO SACARATO 100 MG AMPOLLA 5ML	1
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (DIPIREX) (0.020 + 2.5)g/5 mL	1
Hioscina N-Butil Bromuro 20 mg/mL	1
Insulina Zinc CRIS Reg Hum100 UI/mL	1
Insulina ZincNPH Hum. 100UI/MI	1
ISENTRESS RALTEGRAVIR 400 MG TABLETA	1
Isosorbide dinitrato-5 mg	1
KETAMINA 500MG/10ML AMPOLLA	1
LABETALOL 100 MG/20ML	1
LACTULOSA 66.7 % solucion oral sobre	1
LEVETIRACETAM 500MG/5ML	1
Lidocalna -10% aerosol topi/100ml	1
LIDOCAINA al 2% S/E x 10 mL	1
LIDOCAINA CLORHIDRATO-2% JALEA	1
LOSARTAN TAB 50 MG	1
MALEATO DE INDACATEROL 110mcg + BROMURO DE GLICOPIRRONIO 50mcg capsula dura	1
Metoclopramida 10 mg/2 mL	1
METOPROLOL 5 MG/5/ML	1
METRONIDAZOL 500 MG AMPOLLA X 100 ML TENAFLOX	1
METRONIDAZOL 500 MG TABLETA	1
METRONIDAZOL SUSPENSION ORAL 250 MG/5ML	1
MIDAZOLAM X 5 MG AMP	1
MIFEPRISTONA 200 MG CX1 TABLETA	1

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

MISOPROSTOL 200 MCG	1
NALOXONA X 1ML AMPOLLA	1
Naproxeno-125 mg/5ml Susp. oral	1
Nifedipina-30 mg DE LIBERACION PROLONGADA	1
NISTATINA SOL ORAL X 60 ML	1
NITROFURAZONA 0.2g 100 G UNGUENTO	1
NITROGLICERINA 50MG/10ML	1
NITROPRUSIATO DE SODIO 50MG SOLUCION ENDOVENOSA	1
NOREPINEFRINA AMPOLLA 4MG/4ML	1
OMEPRAZOL 40mg POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTIRUIR	1
ONDANSETRON 8mg/4ml soluciÃ³n inyectable	1
Oxacilina 1 G	1
Oxitocina 10 UI/1 mL.	1
PARACETAMOL 10 mg/ml solucion para infusion IV vial x 100 ml	1
PASTA LASSAR TARRO X 500 GRS	1
Penicilina G BenzatInica-1200000 UI Iny	1
Penicilina G BenzatInica-2400000 UI	1
Penicilina G cristalina-1000000 UI	1
Plata sulfadiazina-1%.	1
PLUMPY NUT RUTF 92 GR	1
POLIETILENGLICOL 3350 SOBRE 17GR	1
POSDAY - POSTINOL LEVONORGESTREL 0.75 mg - BLISTER X 2 TABLETA	1
PREDNISOLONA 1MG/ML SOLUCION ORAL X 120ML	1
PREDNISOLONA 5MG TABLETA	1
PREDNISONA 50 MG TABLETA	1
PROPOFOL 1% 10MG/ML - 20ML APMPOLLA	1
QUETIAPINA 25 MG TABLETA RECUBIERTA	1
Sacubitril- Valsartan tab 50 mg	1
Salbutamol -100 mcg/dosis aerosol	1
Sales de rehidratacion oral	1
Sertralina 50 mg	1
SOLUCION HARTMAN BOLSA X 500 ML	1
SOLUCION SALINA NORMAL 0.9 PORCIENTO X 100 ML	1
SOLUCION SALINA NORMAL 0.9 PORCIENTO X 250 ML	1

FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

SOLUCION SALINA NORMAL 0.9 PORCIENTO X 500 ML	1
SUCCINILCOLINA 200 mg/20ml	1
SULFATO DE MAGNESIO 10% amp	1
Sulfato de Zinc (SULZINC) Jarabe 2mgxml fco x 120 ml	1
SULFATO FERROSO 2.5% - SOLUCION ORAL 120ML-	1
SULFATO FERROSO 300 MG TAB	1
TOXOIDE TETANICO 40 UI SUSPENSION INYECTABLE X 0.5ML	1
Tramadol 100 mg/2mL	1
Tramadol 50 mg/ml	1
TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (80 + 400) MG -TABLETA	1
TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (80MG+400MG) / 5 ML -SOLUCION INYECTABLE	1
TUBERCULINA PPD SOLUCION INYECTABLE 2ML	1
VITAMINA A -50.000 UI	1
VITAMIX SOBRE 1 GRAMO	1

RECOMENDACIÓN

Por lo anterior, se recomienda al Gerente de la Red Salud del Oriente E.S.E. Facultado para contratar, acoger la propuesta presentada por **VALPHARMA SAS**, para la celebración del Contrato.

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

SANDRA LILIANA VELASQUEZ NARANJO
Gerente
Red de Salud del Oriente ESE

Enterado(s)

ARIEL JUVENAL HERRERA MORALES
Rol Técnico

HELLEN DAYANNA GONZALEZ
Rol Jurídico

RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ
Rol Financiero

Proyecto: Hellen Dayanna Gonzalez -Profesional agremiada
Revisó: Leonardo Medina Patiño-Jefe Asesor Oficina Jurídica