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-012-2026**
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE COLCHÓN HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y HOSPITALIZACIÓN PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE."

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			ESPUMAS JIREH SAS	**SMN SOLUCIONES**	(Nombre del proponente)
			900.853.019-4	900.343.346-1	No. NIT:
TÉCNICOS (Trasladar a la descripción los criterios técnicos evaluados en los Estudios Previos, Invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	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.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	A. Nombre o razón social del contratante (público o privado)				
	B. Nombre del contratista				
	C. Fecha de iniciación y de terminación del contrato (si aplica)				
	D. Valor del contrato				
	E. Objeto del contrato.				
	C. Suscrita por funcionario/empleado competente.				
	El oferente debe presentar ficha técnica del producto ofertado colchón Hospitalario antiescaras con registro sanitario donde se evidencie que cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas en la descripción técnica de la necesidad a contratar.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Presentar certificado de distribuidor autorizado o fabricante de los productos ofertados, colchón Hospitalario antiescaras.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Hacer entrega de carta de garantía del producto ofertado colchón hospitalario, debidamente suscrita por el representante legal del oferente, en donde indique tiempo de garantía "no menor a seis (6) meses" y las exclusiones de la garantía ofertada.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
	Allegar registro sanitario INVIMA vigente del colchón hospitalario.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**	

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

	NOMBRE Y CARGO	FIRMA
EVALUADOR TENICO		
SUPERVISOR	MARCELA FERNANDA ESCOBAR BAHAMON	
DIRECTOR DE ÁREA	DAMARIS REYES CASTRO	