REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
EVALUACIÓN TÉCNICA

PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA
MC-087-2026-HOMIL

CUYO OBJETO ES: "ALQUILER DEL EQUIPO MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA EL ÁREA DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"

PAA2026-UCLB-195

PROVEEDOR: NEUROLOR S.A.S

OFERENTE			
Item	**REQUISITOS HABILITANTES**	**CUMPLE / NO CUMPLE**	**OBSERVACIONES**
1	**FICHA TÉCNICA** El oferente deberá entregar ficha técnica del bien a ofertar en donde se detalle las características originales del producto, en español, o con una traducción simple.	**X**	
2	**GARANTÍA TÉCNICA** El proponente deberá anexar la garantía técnica, suscrito por el representante legal o su apoderado así: 1. Que ampare la calidad del bien a adquirir. 2. Que ampare la composición física – química del mismo. 3. Que ampare las especificaciones técnicas del bien ofrecido 4. Que cubra el producto terminado, lo que significa que si una vez utilizado el bien adquirido, por causa del mismo, se afectan otros elementos que interactúan con él, formando parte integral de un producto terminado, se debe asumir la reposición total del producto. 5. Que sea por un término no inferior a doce (12) meses contados desde el momento de la recepción a satisfacción del bien.	**X**	

3	**TÉRMINO DE RESPUESTA** El proponente deberá anexar el término de respuesta, suscrito por el representante legal o su apoderado así: El término de respuesta a la garantía técnica no debe ser superior de cinco (5) días, contados a partir del requerimiento realizado al contratista por parte del Hospital Militar Central, en el evento que el bien resulte defectuoso para ser repuesto por el contratista. Estarán a cargo del contratista todos los costos en que deba incurrir para el cumplimiento de su deber de garantía. El material de reposición debe ser entregado en el mismo lugar de entrega del elemento inicial. De igual forma, se aplicará Esta garantía en caso de vencimiento prematuro del material.		
	EXPERIENCIA GENERAL De conformidad con los lineamientos del numeral 9.2 del estudio definitivo	**X**	

Observaciones: TÉCNICAMENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES Y EXPERIENCIA GENERAL.

DESIGNACIÓN	GRADO Y NOMBRE	CARGO	FIRMA
Comité técnico evaluador	**Doctor Leonardo Andrés chacón Zambrano**	SMSM Jefe Servicio de Neurocirugía	