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--066-2026**
MODALIDAD DE SELECCIÓN	**INVITACIÓN A COTIZAR**
OBJETO A CONTRATAR	**"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS INSUMOS CON EL APOYO TECNOLOGICO REQUERIDO PARA TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (VAC) PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES 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**
			INTERCOMERCIAL MEDICA S.A.S	**SMITH & NEPHEW COLOMBIA S.A.S.**	**N/A**
			NIT: 830.501.223-7	**NIT: 900.124.455-5**	**NIT:**
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)	EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	CUMPLE / NO CUMPLE	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	
	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	
	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	
	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	
	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	

OBJETO A CONTRATAR	**"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS INSUMOS CON EL APOYO TECNOLOGICO REQUERIDO PARA TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (VAC) PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE"**

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

	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	
	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	
	Carta de compromiso que garantice la entrega de las cantidades de apoyo tecnológico indicadas en el Anexo Técnico (AP-AT-F-185), en un plazo máximo de 15 días a partir de la firma del acta de inicio, aplicable a toda la Subred Norte.)	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	CUMPLE	CUMPLE	

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

	NOMBRE Y CARGO	**FIRMA**
EVALUADOR TENICO	**LAURA VALENTINA BARBOSA SANCHEZ** **Ingenieria Biomedica**	
SUPERVISOR	**JENNIFFER LUNA ROA**	
DIRECTOR DE ÁREA (E)	**JOSÉ EMIGDIO GUTIERREZ REINA**	