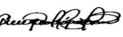
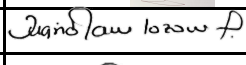


	FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA		CÓDIGO: AP-CT-F-61		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 3		
	GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1		
			FECHA: 20/02/2025		
INFORMACIÓN DEL PROCESO					
PROCESO No		IC-089-2026			
MODALIDAD DE SELECCIÓN		INVITACIÓN A COTIZAR			
OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 (MOVILIDAD) 2 (PROTECCIÓN PERSONAL Y AUTOCUIDADO) 3 (VISUALES) Y 4 (COGNITIVOS) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CELEBRADOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. – FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA*.			
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: 900259168-6	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, durante los últimos tres años, 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
	Las certificaciones y/o contratos de experiencia dentro de los dos últimos años antes del cierre de la presente invitación, debe comprender como objeto el suministro de Dispositivos de Asistencia Personal para personas con Discapacidad, establecidas en el presente proceso.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	1. El oferente deberá presentar documento idóneo (certificado de distribuidor autorizado, carta de suministro o comercialización, contrato de distribución, certificación de trazabilidad de la cadena de suministro, documento que acredite la calidad de importador, representante o distribuidor autorizado dentro de la cadena de comercialización) que permitan verificar el origen o procedencia legal y autorización que demuestre la cadena de distribución.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	2. El oferente deberá presentar documento idóneo certificado de distribuidor autorizado, carta de suministro o comercialización, contrato de distribución, certificación de trazabilidad de la cadena de suministro, documento que acredite la calidad de importador, representante o distribuidor autorizado dentro de la cadena de comercialización) que demuestre la facultad legal para distribuir o comercializar o suministrar los dispositivos ofertados, con sus respectivos registros INVIMA de los elementos (cuando aplique).	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	3. El oferente deberá aportar documentación técnica que permita acreditar la composición y características de los materiales utilizados en la fabricación de los Dispositivos de Asistencia Personal, tales como: certificación técnica del fabricante, fichas técnicas, carta de compromiso de cumplimiento de las especificaciones técnicas exigidas para los materiales que serán utilizados durante la ejecución contractual.	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, en caso de que el oferente actúe como distribuidor o comercializador, podrá presentar la certificación expedida a nombre del fabricante de los productos ofertados.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	5. El oferente deberá acreditar a través de las fichas técnicas, certificado, hoja de especificaciones técnicas del fabricante, distribuidor y/o proveedor, correspondiente al cien por ciento (100%) de los ciento ochenta y tres (183) ítems solicitados en el presente proceso, deberán contener, como mínimo, especificaciones técnicas, dimensiones, tallas o configuraciones (cuando aplique), cuidados, tiempo de garantía y registro INVIMA (cuando aplique). Las cuales deberán permitir identificar de manera clara y verificable que cada bien ofertado corresponde A los dispositivos de asistencia personal.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA

OBJETO A CONTRATAR		SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 (MOVILIDAD) 2 (PROTECCIÓN PERSONAL Y AUTOCUIDADO) 3 (VISUALES) Y 4 (COGNITIVOS) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CELEBRADOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. – FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA”.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN					
REQUISITOS HABILITANTES TÉCNICOS	6. Visita Técnica a las instalaciones de la empresa y/o fabricas que presente el oferente. Una vez presentada la propuesta, la Entidad realizará, a través de los evaluadores técnicos, una visita técnica obligatoria a las instalaciones del oferente, con el fin de verificar.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.1 Capacidad Organizacional de la empresa: Durante la visita técnica se verificará la infraestructura técnica, administrativa y operativa con la que cuenta el distribuidor o fabricante para el suministro y elaboración de las ayudas técnicas ofrecidas.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.2 Capacidad de almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos: Se verificará la capacidad de almacenamiento y acondicionamiento de los dispositivos ofertados, incluyendo los espacios de bodegaje, condiciones de organización, embalaje y procesos de adaptación de los elementos, de acuerdo con las características técnicas de los bienes ofertados.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.3. La Entidad realizará la verificación de la muestra física correspondiente al noventa por ciento (90 %) de los ciento ochenta y tres (183) ítems solicitados, mediante visita técnica a las instalaciones del oferente, con el fin de constatar la existencia física, correspondencia técnica y funcionalidad básica de los dispositivos de asistencia personal ofertados, en concordancia con las fichas técnicas presentadas. Para la verificación, el oferente deberá disponer físicamente de los dispositivos objeto de la muestra, en las condiciones ofertadas. La no presentación de la muestra, la presentación parcial o la falta de correspondencia entre la muestra física y la ficha técnica respectiva será causal de no cumplimiento del criterio técnico. El oferente deberá presentar las fichas técnicas del fabricante y/o proveedor, correspondientes al cien por ciento (100 %) de los ciento ochenta y tres (183) ítems solicitados en el presente proceso.	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) y/o documento equivalente, presentar muestra de cómo se entregará	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	6.5. Carta de compromiso donde se manifieste generar y desarrollar espacios de actualización técnica dirigidos al equipo profesional, en temas relacionados con: Nuevas tecnologías asociadas a los dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas y correcta prescripción, uso y ajustes de los dispositivos que se requieran durante la ejecución contractual. En la carta deberá dejarse constancia que estos espacios de actualización serán concertados previamente entre el proveedor y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., de acuerdo con las necesidades técnicas del proyecto y las orientaciones de la supervisión.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	7. El oferente deberá anexar el certificado de capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento (CCAA), requisito aplicable solo a los dispositivos médicos importados para el cuidado, movilidad y rehabilitación de personas.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
	8. Carta suscrita por el representante legal donde se compromete a entregar los dispositivos de asistencia personal que conforman los kits, 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 área 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

OBJETO A CONTRATAR	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 (MOVILIDAD) 2 (PROTECCIÓN PERSONAL Y AUTOCUIDADO) 3 (VISUALES) Y 4 (COGNITIVOS) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CELEBRADOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. – FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA”.			
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN				
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 85%, la anterior evaluación deberá corresponder al año 2025. El oferente deberá presentar los respectivos soportes de acreditación.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
10. Presentar concepto higiénico sanitario Favorable del establecimiento emitido por la autoridad sanitaria de acuerdo a lo establecido en la Ley 9 de 1979.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
11. Presentar como talento humano, (1) hoja de vida del profesional en rehabilitación 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, quien deberá acreditar certificación de formación en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad o tecnologías de apoyo o adaptación funcional o áreas afines relacionadas con el objeto contractual.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
RESULTADO:	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA	NO APLICA
OBSERVACIONES: No se presentan observaciones				
EVALUADORES				
NOMBRE Y CARGO			FIRMA	
EVALUADOR TECNICO	DALIA AZUCENA LONDOÑO ORTIZ- ADRIANA VALLEJO- GINNA LOPEZ-ANDRES MORENO		  	
SUPERVISOR	INGRID PAOLA LOZANO TORRES <i>Cup</i>			
DIRECTOR DE ÁREA	INGRID PAOLA LOZANO TORRES		