

|                                                                                                                                                                 |                                                                                   |  |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>FORMATO DE VISITA TÉCNICA CONTRACTUAL</b>                                      |  | CÓDIGO: AP-CT-F-43 |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                   |  | VERSIÓN: 2         |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |  | PÁGINA: 1 DE 3     |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                   |  | FECHA: 07/11/2024  |

### PROCESO DE SELECCIÓN SEGÚN MANUAL DE CONTRATACIÓN:

|                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATACIÓN DIRECTA - INVITACIÓN A COTIZAR<br><input checked="" type="checkbox"/> | CONVOCATORIA PÚBLICA PLIEGO DE CONDICIONES CON AUTORIZACIÓN DE JUNTA DIRECTIVA<br><input type="checkbox"/> | CONVOCATORIA PÚBLICA PLIEGO DE CONDICIONES SIN AUTORIZACIÓN DE JUNTA DIRECTIVA<br><input type="checkbox"/> |
| ORDEN DE COMPRA<br><input type="checkbox"/>                                        | CASOS ESPECIALES CONTRATACIÓN DIRECTA<br><input type="checkbox"/>                                          | OTROS<br><input type="checkbox"/>                                                                          |

### OBJETO A CONTRATAR:

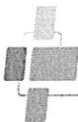
"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL EN LOS GRUPOS 1 (MOVILIDAD) 2 (PROTECCIÓN PERSONAL Y AUTOCUIDADO) 3 (VISUALES) Y 4 (COGNITIVOS) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS VIGENTES Y LOS QUE SE LLEGAREN A SUSCRIBIR CELEBRADOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE TEUSAQUILLO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE".

**Bogotá, D.C, Tu Salud H&G S.A.S, 28 julio 2026, 2:00 pm**

### IDENTIFICACIÓN DE LOS OFERENTES ASISTENTES:

| NOMBRE DE LA PERSONA QUE ASISTE A LA VISITA | CEDULA DE CIUDADANIA | NOMBRE DE LA PERSONA JURÍDICA / NATURAL / CONSORCIO / UNIÓN TEMPORAL A LA QUE REPRESENTAN | CALIDAD EN LA QUE ASISTEN | PRESENTA PODER |    |
|---------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|----|
|                                             |                      |                                                                                           |                           | SI             | NO |
| Gilberto Orjuela                            | 19.388.268           | Tu Salud H&G S.A.S                                                                        | Representante Legal       | x              |    |
| Maria del Pilar Herrea                      | 65.587.347           | Tu Salud H&G S.A.S                                                                        | Asesor comercial          | x              |    |

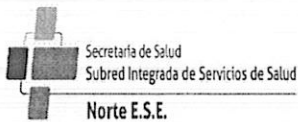
### OBSERVACIONES DE LA VISITA TÉCNICA

|                                                                                                                                                                          |                                                                                   |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <b>FORMATO DE VISITA TÉCNICA CONTRACTUAL</b>                                      | CÓDIGO: AP-CT-F-43 |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                   | VERSIÓN: 2         |
|                                                                                                                                                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 2 DE 3     |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                   | FECHA: 07/11/2024  |

| OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | IDENTIFICACIÓN NOMBRE DE LA PERSONA JURÍDICA / NATURAL / CONSORCIO / UNIÓN TEMPORAL QUE LA FORMULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RESPUESTA                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capacidad Organizacional de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se verificó que el oferente cuenta con una infraestructura adecuada, incluyendo áreas diferenciadas para procesos administrativos, operativos y técnicos. Dispone de personal capacitado y con experiencia, así como de una estructura organizacional que permite una adecuada coordinación de los procesos de recepción, adecuación y entrega de dispositivos. Además, se identificaron canales de comunicación interna efectivos y una gestión de procesos orientada al cumplimiento de estándares de calidad. | <b>Cumple</b> satisfactoriamente con el criterio de capacidad organizacional, demostrando eficiencia en la gestión y articulación de sus recursos técnicos y humanos.           |
| Capacidad de almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos                                                                                                                                                                                                                                                  | Durante la visita técnica, se evidenció que el oferente cuenta con una bodega de almacenamiento adecuada, amplia y organizada, con condiciones óptimas de ventilación, limpieza y señalización. El espacio dispone de control de inventario mediante sistema digital, zonas definidas para el ingreso y salida de elementos, y una adecuada clasificación de los dispositivos.                                                                                                                                   | <b>Cumple</b> con los estándares requeridos para almacenamiento y acondicionamiento, garantizando la integridad de los dispositivos y la eficiencia en la logística de entrega. |
| Verificación de la muestra ofertada ( <b>183 ítems</b> ) en la propuesta: realizar visita técnica a las Instalaciones de cada oferente, con el fin de verificar el cumplimiento de un 90 % de las muestras físicas de los ítems solicitados y presentar el 100% de las fichas técnicas de los ítems solicitados. | Durante la visita, el oferente presentó un total de <b>173</b> muestras físicas, lo que representa un cumplimiento del <b>94,54%</b> , superando el mínimo requerido ( <b>90%</b> ). Esta cantidad fue considerada suficiente para efectos de evaluación técnica, conforme a lo estipulado.                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                 |
| Garantías de los Dispositivos de Asistencia Personal                                                                                                                                                                                                                                                             | El oferente presentó muestra de la tarjeta plastificada tipo carné, con información clara y legible sobre la garantía del dispositivo, incluyendo vigencia, condiciones y canal de atención.<br><br>Este formato facilita su entrega al usuario final y garantiza trazabilidad.                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Cumple</b> con los requisitos de garantía establecidos.                                                                                                                      |

#### FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN DE LA VISITA:

Se da por terminada la presente visita siendo las **4:00 pm.** del día de hoy **28 julio 2026,**

|                                                                                   |                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>FORMATO DE VISITA TÉCNICA CONTRACTUAL</b>        | CÓDIGO: AP-CT-F-43 |
|                                                                                   |                                                     | VERSIÓN: 2         |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | PÁGINA: 3 DE 3     |
|                                                                                   | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                          | FECHA: 07/11/2024  |

**FIRMA DE LAS PARTES QUE EN ELLA INTERVINIERON:**

Oferentes

Oferentes

Gina Padilla Lopez Moreno  
DIAZA A. LONDOÑO ORTIZ

Adriana Barikpo

Andrés Felipe Moreno Londoño  
LONDOÑO

Delegados de la Subred

La presente acta original será entregada en la Dirección de Contratación y formara parte del expediente contractual. Cualquier copia solicitada por los oferentes se hará en forma escrita ante dicha dependencia.