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-102-2026**
MODALIDAD DE SELECCIÓN	**INVITACIÓN A COTIZAR**
OBJETO A CONTRATAR	"PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO ESPECIALIZADO, INCLUYENDO REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA EQUIPOS DE UROLOGÍA DE LA USS SIMÓN BOLÍVAR, PROPIEDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E"

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			MEDITEC S.A.	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 860.038.579 - 7	No. NIT:	No. NIT:
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en los Estudios Previos, invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	A. Nombre o razón social del contratante (público o privado)	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	B. Nombre del contratista	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	C. Fecha de iniciación y de terminación del contrato (si aplica)	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	D. Valor del contrato	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	E. Objeto del contrato.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	F. Suscrita por funcionario/empleado competente.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	El oferente debe entregar para cada equipo el protocolo de mantenimiento preventivo a realizar.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
	El oferente debe hacer entrega de las hojas de vida de un (1) ingeniero biomédico, electrónico o áreas afines con experiencia mínimo de tres (3) años en el mantenimiento de equipos objeto del proceso; así como la certificación de entrenamiento de fábrica para el manejo de los equipos objeto del proceso, esta experiencia será válida a partir de la fecha de expedición de la tarjeta profesional como lo indica la ley 842 de 2003.	CUMPLE / NO CUMPLE	**CUMPLE**		
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE**		

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

	NOMBRE Y CARGO	FIRMA
EVALUADOR TENICO	LAURA VALENTINA BARBOSA SANCHEZ / PROFESIONAL UNIVERSITARIO	
SUPERVISOR	JOSE EMIGDIO GUTIERREZ REINA / DIRECTOR ADMINISTRATIVO (E)	
DIRECTOR DE ÁREA	JOSE EMIGDIO GUTIERREZ REINA / DIRECTOR ADMINISTRATIVO (E)	