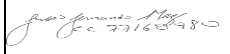
	FORMATO EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA	CÓDIGO: AP-CT-F-61
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/02/2025

INFORMACIÓN DEL PROCESO	
PROCESO No	IC-086-2026
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR
OBJETO A CONTRATAR	**"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS - SUTURAS PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES 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	Proponente 4	Proponente 5	Proponente 6	Proponente 7	Proponente 9	Proponente 9
			ARPAMEDICAL SAS	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S - DISCOLMEDICA S.A.S.	JOHNSON & JOHNSON MEDTECH COLOMBIA SAS	LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA	MEDICOX LTDA	POLIMEDICS FARMACEUTICA SAS " POLIFARMA S.A.S"	PROMED QUIRURGICOS E.U.	TELEFLEX MEDICAL COLOMBIA SAS	UCIPHARMA S,A
			NIT: 900,879,954-9	NIT: 828.002.423-5	NIT: 901550788-2	NIT: 830.061.856-1	NIT: 830.142.523-0	NIT: 800.151.064-0	NIT: 900.026.143-2	NIT: 900680808	NIT: 830.070.192-6
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	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	• Ficha técnica del producto, enumerado de manera individual co el número de ítem correspondiente, con foto del insumo, formato en castellano y nombre del Insumo de manera genérica, de acuerdo a la descripción del ítem, tal cual como se encuentra en el Anexo Técnico al momento de publicar la oferta.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE
	• Registro INVIMA de manera individual del producto enumerand 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	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	• Carta firmada por el Representante Legal en la cual se relacion 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	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	• Carta firmada del Representante legal en la cual certifique sobr 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	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	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	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
	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	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	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	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE NO PRESENTA MUESTRA DEL ÍTEM (35)	CUMPLE PARCIALMENTE NO PRESENTA MUESTRA DE LOS ÍTEMS (77, 78)	CUMPLE PARCIALMENTE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

OBJETO A CONTRATAR	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS - SUTURAS PARA LA OPORTUNA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES ASISTENCIALES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S E".										
INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN											
	Presentar una carta de compromiso en la que se garantice la entrega de las cantidades, las especificaciones del apoyo tecnológico descritas en el Anexo Técnico (AP-AT-F-185), junto con las respectivas fichas técnicas de cada apoyo tecnológico.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
RESULTADO:		**CUMPLE / NO CUMPLE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**	**NO CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE PARCIALMENTE**
OBSERVACIONES:											

EVALUADORES		
	NOMBRE Y CARGO	**FIRMA**
EVALUADOR TENICO	**FABIO FERNANDO MEZA / REGENTE DE FARMACIA**	
SUPERVISOR	**JENNIFFER LUNA ROA**	
DIRECTOR DE ÁREA (E)	**JOSÉ EMIGDIO GUTIERREZ REINA**	