

FECHA: 26/09/2012

ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
III NIVEL  
SOCORRO - SANTANDER  
NUEVA IMAGEN EN SALUD

**OBJETO:** "SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DE SOCORRO, EN CONCORDANCIA CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 00002390 CELEBRADO ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DE SOCORRO."

EMPRESA: DIAGNOSTIC MEDICAL LAB EQUIP

VALOR PROPUESTA : \$ 2.174.013.583

LIMITE MÍNIMO: \$ 2.174.013.583

PRESUPUESTO: \$2.184.938.274.00

VIGENCIA: Dos (2) meses contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio.

**EVALUACION JURIDICA Y LEGAL**

CONTENIDO DE LAS INVITACIONES	CUMPLE SI/ NO	OBSERVACIONES
Carta de Presentación de la Oferta: Deberá ser suscrita por el proponente, con el nombre y la firma; cuando se trate de Persona Jurídica debe ser firmada por el Representante Legal de la misma o su apoderado, debidamente facultado para ello. (Diligenciar Anexo N° 1).	SI	FOLIO 2 Y 3
• Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del proponente (si es persona natural) o del Representante Legal (si es Persona Jurídica).	SI	FOLIO 4
• En caso de Personas Jurídicas, el Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio respectiva o la autoridad competente, con una fecha de expedición no mayor a treinta días anteriores a la fecha de cierre de la invitación.	NA	NA
Las personas jurídicas deberán acreditar que su duración no será inferior a la del plazo del contrato y un año más, mediante el correspondiente certificado de Existencia y Representación expedido por la entidad competente.	NA	NA
Para el caso de las Cooperativas se deberá allegar el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia de Economía Solidaria, con una fecha de expedición no mayor a treinta días anteriores a la fecha del cierre de la Invitación.	NA	NA
Las personas naturales deberán presentar el certificado de matrícula mercantil expedido por la Cámara de Comercio respectiva, con una fecha de expedición no mayor a treinta días anteriores a la fecha de cierre de la invitación.	SI	FOLIO 5
Póliza de seriedad de la oferta equivalente al diez (10%) del valor total del presupuesto oficial estimado y su vigencia por el término de tres meses contados a partir de la fecha de la presentación de la propuesta, con su respectivo recibo de pago. Igualmente la no suscripción de la garantía por el tomador se entenderá como no aceptación del contrato de seguro y por ende de la garantía de seriedad.	SI	SOLICITAR AMPLIACION DE SEIS DIAS. FOLIO 6 AL FOLIO 12
Boletín de Responsabilidad Fiscal de la Contraloría General de la Nación tanto de la Persona Natural como Jurídica. En caso de Persona Jurídica se deberá acreditar también los Antecedentes del Representante Legal. En caso de Unión Temporal y Consorcio se deberá allegar también el Certificado del Representante Legal. (Consultables por la E.S.E.)	SI	FOLIO 13
Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, tanto de la Persona Natural como Jurídica. En caso de Persona Jurídica se deberá acreditar también los Antecedentes del Representante Legal. En caso de Unión Temporal y Consorcio se deberá allegar también el Certificado del Representante Legal. (Consultables por la E.S.E.)	SI	FOLIO 14
Antecedentes de Policía	SI	
Fotocopia del RUT.	SI	FOLIO 15
En el caso de las Personas Jurídicas, se deberá allegar la Certificación firmada por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal según el caso donde informa que se encuentra al día en el Pago de Aportes Parafiscales y al Sistema de Seguridad Social Integral, durante los últimos seis (6) meses.	NA	NA
Para el caso de las Personas Naturales se deberá acreditar el pago de los Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, durante el último mes.	SI	FOLIO 16 AL FOLIO 21
Se deberá acreditar el Registro Único de Proponentes con fecha de expedición no superior a 30 días anteriores a la fecha de cierre de la presente invitación. En dicho documento se deberá acreditar la siguiente clasificación: Actividad 3: Especialidad 18, Grupo 1. Actividad 3: Especialidad 20, Grupo 1. Actividad 3: Especialidad 25, Grupo 9, 11, 24	SI	FOLIO 22 AL FOLIO 24
<b>PARA EL CASO DE UNIONES TEMPORALES</b>		
Deberán acreditar que su duración no será inferior a la del plazo del contrato y un año más, mediante el correspondiente Certificado de Existencia y Representación expedido por Entidad Competente	NA	NA
Deberán indicar su porcentaje de participación en la propuesta y en la ejecución del contrato, lo cual no podrá ser modificado sin la autorización previa de la E.S.E H.R.M.B.	NA	NA
Designar la persona que para todos los efectos los representará y anexarán el acta mediante la cual se constituyen como Consorcio o Unión Temporal.	NA	NA
Acreditar que el Consorcio o la Unión Temporal tienen por objeto social las actividades propias para el desarrollo del contrato objeto del presente proceso de selección (Una de las empresas que lo (a) conforman).	NA	NA

ELABORO: Original Fdo. Comité Evaluador

\_\_\_\_\_

REVISÓ: Original Fdo. Comité Evaluador

\_\_\_\_\_

APROBO Original Fdo. Comité Evaluador

\_\_\_\_\_

CUMPLE / NO CUMPLE CUMPLE \_\_\_\_\_

FECHA: 26/09/2012

ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN   
III NIVEL  
SOCORRO- SANTANDER  
Nueva Imagen en Salud

OBJETO: "SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DE SOCORRO, EN CONCORDANCIA CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 00002390 CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DE SOCORRO."

EMPRESA: DIAGNOSTIC MEDICAL.LAB.EQUIP

VALOR PROPUESTA : 2.174.013.583

PRESUPUESTO: 2.184.938.274,00

VIGENCIA: Dos (2) meses contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio.

**EVALUACION FINANCIERA**

DOCUMENTOS DE CARÁCTER FINANCIERO	CUMPLE SI/ NO/NA EMPRESA A	OBSERVACIONES
Se deberán allegar a su vez los Estados Financieros (Balance General y Estados de Ganancias y Pérdidas con corte a diciembre 31 de 2011) certificados por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador Público Titulado, según corresponda, quienes allegarán su Tarjeta Profesional y el Certificado vigente de Antecedentes Disciplinarios de la Junta Central de Contadores.	SI	FOLIO 23 REVERSO
Los participantes deben tener a la fecha del cierre de la convocatoria, una Capacidad de Contratación como proveedor (K) igual o superior al presupuesto oficial de la presente invitación, lo cual se constatará en el Registro Único de Proponentes R.U.P. En caso de Consorcios y Uniones Temporales, el K de contratación se establece con la suma de los K de los proponentes de acuerdo al porcentaje de participación en la figura contractual.	SI	K=20.932,64 SMMLV

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

**NO**

EMPRESA A	% PARTICIPACION	MINIMO DE PARTICIPACION NO CUMPLE NO CUMPLE
EMPRESA B		
EMPRESA C	0%	

CONDICION	CRITERIO	RESULTADO	CUMPLE	\$	1.092.469.137,00
>=50%*PO	CAPITAL TRABAJO	1.542.273.924	SI	\$	1.310.962.964,40
>= 1,5	LIQUIDEZ	3,14	SI		
>=60%*PO	PATRIMONIO	1.876.486.207,00	SI		
<= 55	ENDEUDAMIENTO	41,69	SI		

SI SE TRATA DE CONSORCIOS DILIGENCIE EN EL SIGUIENTE CUADRO LA CASILLA PARA LA EMPRESA A Y LA EMPRESA B DE LO CONTRARIO SOLO DILIGENCIE LA EMPRESA A

CONCEPTO	EMPRESA A	EMPRESA B	TOTAL
ACTIVO	3.217.905.927	0	
ACTIVO CORRIENTE	2.261.304.923	0	
PASIVO	1.341.419.720	0	
PASIVO CORRIENTE	719.030.999	0	

CUMPLE / NO CUMPLE

CUMPLE

ELABORO: Original Fdo. Comité Evaluador

REVISÓ: Original Fdo. Comité Evaluador

APROBO Original Fdo. Comité Evaluador

FECHA: 26/09/2012

ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
III NIVEL  
SOCORRO - SANTANDER  
NUEVA IMAGEN EN SALUD

OBJETO: "SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DE SOCORRO, EN CONCORDANCIA CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 00002390 CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DE SOCORRO."

EMPRESA: DIAGNOSTIC MEDICAL.LAB.EQUIP

VALOR PROPUESTA : 2.174.013.583

PRESUPUESTO: \$2.184.938.274.00 2184938274

VIGENCIA: Dos (2) meses contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio.

## EVALUACION TECNICA Y EXPERIENCIA

## EVALUACION TECNICA

DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA	CUMPLE SI/ NO	OBSERVACIONES
Carta donde el proponente asume el compromiso de realizar las actividades señaladas en el Anexo 6 del presente pliego de condiciones.	SI	FOLIO 42 AL FOLIO 46
La Ficha técnica donde se describa como mínimo las especificaciones técnicas requeridas de cada equipo médico, biomédico y muebles hospitalarios señalados en el Anexo 2.	SI	FOLIO 53 AL FOLIO 1217
Se deberá allegar en medio físico los catálogos y las fichas técnicas que demuestren las especificaciones técnicas de los equipos médicos, biomédicos, y muebles hospitalarios en idioma castellano, con el compromiso de que en caso de ser adjudicado el contrato, el contratista debe presentar los Manuales de los Equipos en medio físico en idioma castellano.	SI	FOLIO 43
Certificado vigente de Capacidad de Almacenamiento de Dispositivos médicos y Equipos médicos expedido por el INVIMA.	SI	FOLIO 52
Certificado de Inscripción al INVIMA, del personal profesional, tecnólogo, técnico Biomédico o Electromedicina, encargados del mantenimiento de equipo médico o biomédico, junto con sus respectivas hojas de vida, y los soportes académicos que acrediten sus respectivos títulos".	SI	FOLIO 1254 A FOLIO 1279

## EXPERIENCIA

CRITERIO	CUMPLE SI/ NO
El proponente deberá allegar con su oferta certificaciones o liquidaciones de máximo cinco (5) contratos, cuyo objeto sea el Suministro o Compraventa de Equipos Médicos, Biomédicos y/o Equipo Mobiliario Hospitalario; a Entidades Públicas ya sea descentralizadas territorialmente (Departamentos o municipios) o por servicios, entiéndase, Empresas Sociales del Estado (E.S.E), de segundo o tercer nivel de complejidad O Privadas que hayan sido ejecutados dentro de los últimos seis (6) años anteriores a la presente anualidad.	SI
La suma de las certificaciones que se anexan debe corresponder a un monto igual o superior al Presupuesto Oficial asignado al presente proceso, o al valor de la propuesta presentada.	SI
Por lo menos tres (3) de los cinco (5) contratos que se presenten para acreditar la experiencia solicitada, deberán ser con Entidad Oficial y el monto de uno de estos contratos debe obedecer mínimo al 50% del valor de la presente Invitación. (El valor del contrato se tomará de acuerdo al salario mínimo legal vigente por el número de salarios del año de ejecución del contrato aportado).	SI

EMPRESA	CONTRATO #	AÑOS	NIVEL	PUBLICA	PRIVADA SI/NO	VALOR CONTRATO
E.S.E HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	760	2006	3	SI	NO	1.848.253.192,15
E.S.E HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	761	2006	3	SI	NO	1.740.875.570,64

3.589.128.762,79

## RESULTADO EVALUACION TECNICA Y EXPERIENCIA

	CUMPLE/NO CUMPLE
EXPERIENCIA	CUMPLE
EVALUACION TECNICA	CUMPLE

ELABORO: Original Fdo. Comité Evaluador

REVISÓ: Original Fdo. Comité Evaluador

APROBO Original Fdo. Comité Evaluador

ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
III NIVEL  
SOCORRO - SANTANDER  
NUEVA IMAGEN EN SALUD

## CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN

CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN	CUMPLE SI/ NO/NA EMPRESA A	OBSERVACIONES
Los participantes deben tener a la fecha del cierre de la convocatoria, una capacidad de organización igual o superior al 50% del presupuesto de la presente Invitación.	SI	Co= 17.018,41 SMMLV

ELABORO: Original Fdo. Comité Evaluador

REVISÓ: Original Fdo. Comité Evaluador

APROBO Original Fdo. Comité Evaluador

CUMPLE /NO CUMPLE CUMPLE



**FACTOR PRECIO**

LIMITE MAX \$2.184.938.274.00  
LIMITE MIN \$ 2.174.013.583

SI EL VALOR DE LA PROPUESTA ESTA DENTRO DE LOS LIMITES SE CONTINUA CON LA EVALUACION

PM=	VALOR PROPUESTA MENOR VALOR	\$ 2.174.013.583
PAE=	VALOR PROPUESTA A EVALUAR	\$ 2.174.013.583
PF=	PROPUESTA FAVORABLE PARA LA ESE	
PUNTAJE MAXIMO =	10	10

ELABORO: Original Fdo. Comité Evaluador \_\_\_\_\_  
REVISÓ: Original Fdo. Comité Evaluador \_\_\_\_\_  
APROBO Original Fdo. Comité Evaluador \_\_\_\_\_

**FACTOR TECNICO**

CRITERIO	CUMPLE SI/ NO	PUNTAJE
Cumplimiento de la totalidad de requisitos técnicos	NO	0
Garantía de Calidad de los Equipos Médicos y Muebles Hospitalarios		3
Accesorios Adicionales		14
<b>TOTAL</b>		<b>17</b>

ELABORO: Original Fdo. Comité Evaluador \_\_\_\_\_  
REVISÓ: Original Fdo. Comité Evaluador \_\_\_\_\_  
APROBO Original Fdo. Comité Evaluador \_\_\_\_\_

FECHA: 26/09/2012

ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
III NIVEL  
SOCORRO - SANTANDER



OBJETO: "SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DE SOCORRO, EN CONCORDANCIA CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 00002390 CELEBRADO ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DE SOCORRO."

EMPRESA: DIAGNOSTIC MEDICAL LAB EQUIP

VALOR PROPUESTA : 2.174.013.583

PRESUPUESTO: \$2.184.938.274.00

VIGENCIA: Dos (2) meses contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio.

RESUMEN DE LA EVALUACION	
CONCEPTOS	CUMPLE / NO CUMPLE
EVALUACION JURIDICA Y LEGAL	CUMPLE
EVALUACION FINANCIERA	CUMPLE
EXPERIENCIA	CUMPLE
EVALUACION TECNICA	CUMPLE
CAPACIDAD DE ORGANIZACION	CUMPLE
FACTOR PRECIO	10
FACTOR TECNICO	17
TOTAL PUNTAJE	
27	

APROBO

Gerencia

