FECHA: 15/02/2011

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
III NIVEL
SOCORRO - SANTANDER
NUEVA IMAGEN EN SALUD

**OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, SEGUN LAS NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE TODOS LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES.**

**EMPRESA: COINTE**

**VALOR PROPUESTA : $ 517.692**

**PRESUPUESTO: $ 405.740.000**

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta (30) de Junio de 2011.

## *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 Nº 1). | SI | 1-2 |
| Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del proponente (si es persona natural) o del Representante Legal (si es persona jurídica). | SI | 3 |
| Certificado de Existencia y Representación Legal: Expedido por la Cámara de Comercio, con una fecha de expedición no mayor a treinta días de la fecha de cierre de la invitación. (Las personas naturales deberán presentar registro mercantil). | SI | 5-6 |
| Presentar la copia de los Formatos únicos de Hoja de Vida (En original) firmados con sus respectivas certificaciones de soporte. (En cumplimiento de la obligación legal de habilitación en busca de la calidad en la prestación de los servicios y la seguridad del paciente). | NA | NA |
| Póliza de seriedad de la oferta equivalente al diez (10%) del valor total de la propuesta o 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 | SI | 7 |
| EXPERIENCIA. Listado de Entidades, a quienes hayan prestado sus servicios donde conste la dirección y el teléfono de las instituciones. (Diligenciar Anexo Nº 3.) INDISPENSABLE ANEXAR LAS CERTIFICACIONES EXPEDIDAS POR DICHAS ENTIDADES Y/O LAS ACTAS DE LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS. (DONDE SE EVIDENCIA EL OBJETO DEL CONTRATO). | SI | 9 |
| Boletín de Responsabilidad Fiscal de la Contraloría General de la Nación del Representante Legal y de la Persona Jurídica. | SI | 48-49 |
| Certificado de Antecedentes Judiciales expedido por el DAS. | SI | 50 |
| Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Persona Jurídica y del Representante Legal expedido por la Procuraduría General de la Nación. | SI | 51-52 |
| Fotocopia del RUT. | SI | 53 |
| Certificación firmada por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal según el caso donde informa que se encuentra al día en pago de aportes parafiscales y al sistema de Seguridad Social Integral. | SI | ENVIO VIA FAX Y CORREO ELECTRONICO |
| Inscripción en el Sistema de Información de Contratación Estatal (SICE) del proponente listado de elementos con código CUBS registrados en el SICE. | SI | 55-64 |
| Certificado de buenas prácticas de manufactura expedido por el INVIMA por cada uno de los laboratorios de los productos. (Se debe anexar si a ello hubiere lugar; de lo contario realizar la aclaración mediante oficio). | SI | 65-91 |
| Inscripción ante la Secretaría de Salud del Departamento en donde se encuentre ubicado el distribuidor. (Se debe anexar si a ello hubiere lugar; de lo contario realizar la aclaración mediante oficio). | SI | 92 |
| La fecha de vencimiento de los productos no debe hacerse efectiva dentro de los próximos dieciocho (18) meses a partir de la fecha de entrega del producto. (Oficio en donde se especifique este compromiso por parte del proponente). | SI | ENVIADO VIA FAX Y CORREO ELECTRONICO |
| Estados financieros con corte a 30 de Septiembre de 2010 debidamente firmados por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal (cuando a ello hubiere lugar). | SI | 94-97 |
| **PARA EL CASO DE UNIONES TEMPORALES** | | |
| 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 |
| **PARA EL CASO DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO** | | |
| Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia de Economía Solidaria, con una fecha de expedición no mayor a treinta días de la fecha de cierre de la invitación. | NA | NA |
| Resolución expedida por el Ministerio de Protección Social por la cual se registran los Regímenes de Trabajo Asociado, Compensaciones, Previsión y Seguridad Social De La Cooperativa proponente | NA | NA |
| Régimen de Higiene y Seguridad Industrial. | NA | NA |
| Estatutos de la Cooperativa | NA | NA |
| Programa de Salud Ocupacional. | NA | NA |
| Plan de Inducción y Reinducción | NA | NA |
| Plan de Inducción y Reinducción | NA | NA |
| Plan de Capacitación | NA | NA |
| Formatos de los convenios de Asociación del Personal de la Cooperativa. | NA | NA |
| Certificados de Capacitación de los asociados en Economía Solidaria, de acuerdo a la ley 1233 de 2008. | NA | NA |
| Para el inicio del proceso el contratista debe acreditar la condición de asociado del recurso humano. | NA | NA |
| Certificado Suscrito por el representante legal donde manifieste que el proceso será ejecutado por personal calificado y asociado a la cooperativa. | NA | NA |

ELABORO: _____ _____ _____ _____

REVISO: _____ _____ _____ _____

APROBO _____ _____ _____ _____

CUMPLE/NO CUMPLE (SI/NO) SI

FECHA: 15/02/2011

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL
MANUELA BELTRAN
III NIVEL
SOCORRO - SANTANDER

NUEVA IMAGEN EN SALUD

**OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, SEGUN LAS NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE TODOS LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES.**

**EMPRESA: COINTE**

**VALOR PROPUESTA :** 517.692

**PRESUPUESTO:** **$ 405.740.000**

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta (30) de Junio de 2011.

## *EVALUACION FINANCIERA*

**CONSORCIO O UNION TEMPORAL** **NO**

| | % PARTICIPACION | MINIMO DE PARTICIPACION |
|---|---|---|
| **EMPRESA A** | | NO CUMPLE |
| **EMPRESA B** | | NO CUMPLE |
| | 0% | |

| CONDICION | CRITERIO | RESULTADO | CUMPLE |
|---|---|---|---|
| >=50% PROPUESTA PRESENTADA | CAPITAL TRABAJO | 118.958.000 | SI |
| >= 1 | RAZON CORRIENTE | 1,76 | SI |
| <= 80 | ENDEUDAMIENTO | 47,82 | 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 DILIGNENCIE LA EMPRESA A

| CONCEPTO | EMPRESA A | EMPRESA B | TOTAL |
|---|---|---|---|
| ACTIVO | 383.101.000 | | 0 |
| ACTIVO CORRIENTE | 275.518.000 | | 0 |
| PASIVO | 183.213.000 | | 0 |
| PASIVO CORRIENTE | 156.560.000 | | 0 |

**CUMPLE SI /NO** SI

ELABORO: _____ _____ _____ _____
REVISO: _____ _____ _____ _____
APROBO _____ _____ _____ _____

FECHA: 15/02/2011

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL SOCORRO - SANTANDER

Nueva Imagen en Salud

**OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, SEGUN LAS NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE TODOS LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES.**

**EMPRESA: COINTE**

**VALOR PROPUESTA :** 517.692

**PRESUPUESTO: $ 405.740.000**

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta (30) de Junio de 2011.

## *EVALUACION TECNICA Y EXPERIENCIA*

### *EXPERIENCIA*

| CRITERIO | CUMPLE/NO CUMPLE |
|---|---|
| Se exige experiencia específica del Objeto del Contrato; en instituciones de salud como mínimo en un segundo nivel, mínimo de 6 meses y/o suscripción de contratos u órdenes de suministro como mínimo el 100% del valor de la presente invitación. Si el proponente cumple con el anterior requisito continuará con la evaluación de lo contrario se descalifica su propuesta. | SI |

| EMPRESA | NIVEL | TIEMPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO | 2 | 8 | 52.000.000 |
| HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO | 2 | 8 | 54.000.000 |
| POLICIA NACIONAL SECCIONAL SANIDAD SANTANDER | 2 | 5 | 14.017.218 |
| | | | |
| | | 21 | 120.017.218 |

### *EVALUACION TECNICA*

| CRITERIOS DE EVALUACION | ANEXA SI/NO |
|---|---|
| Garantía de que el material médico quirúrgico ofrecido, se ajuste a los requisitos mínimos previstos en las Normas Técnicas Obligatorias | SI |
| Cumplimiento de las Características exigidas en el anexo de Materiales requeridos | SI |
| Oportunidad de entrega máximo de cinco (5) días calendario desde la solicitud hasta la entrega del producto en la E.S.E | SI |
| Adecuado embalaje para mantener la calidad del producto | SI |
| Optima calidad del producto durante su transporte hasta la entrega del producto en la E.S.E | SI |
| Fecha de vencimiento no se haga efectiva dentro de los próximos dieciocho (18) meses a partir de la fecha de entrega del producto | SI |
| Cambio de los productos cuando estos presenten defectos o alteraciones que incidan en su calidad, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de la solicitud. | SI |

PAG. 93

VIA CORREO ELECTRONICO

| RESULTADO EVALUACION TECNICA Y EXPERIENCIA | |
|---|---|
| | CUMPLE/NO CUMPLE |
| **EXPRERIENCIA** | **CUMPLE** |
| **EVALUACION TECNICA** | **SI** |

ELABORO: _____ _____ _____ _____

REVISO: _____ _____ _____ _____

APROBO _____ _____ _____ _____

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL SOCORRO - SANTANDER

Nueva Imagen en Salud

### *EVALUACION ECONOMICA*

Para conocer la propuesta más económica se compararán los ofrecimientos realizados de las ofertas que han superado las anteriores evaluaciones; la ESE podrá adjudicar más de un contrato teniendo en cuenta el principio de economía y el cumplimiento de las características de los Suministros ofertados por ítem en las propuestas

VALOR ADJUDICADO _____ 0

ELABORO: _____ _____ _____ _____

REVISO: _____ _____ _____ _____

APROBO _____ _____ _____ _____

FECHA: 15/02/2011

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL
MANUELA BELTRAN
III NIVEL
SOCORRO - SANTANDER
NUEVA IMAGEN EN SALUD

**OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, SEGUN LAS NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE TODOS LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES.**

**EMPRESA: COINTE**

**VALOR PROPUESTA :** 517.692

**PRESUPUESTO:** **$ 405.740.000**

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta (30) de Junio de 2011.

***RESUMEN DE LA EVALUACION***

| CONCEPTOS | PUNTAJE |
|---|---|
| EVALUACION JURIDICA Y LEGAL | **CUMPLE** |
| EVALUACION FINANCIERA | **CUMPLE** |
| EXPERIENCIA | **CUMPLE** |
| EVALUACION TECNICA | **SI** |
| EVALUACION ECONOMICA (VALOR ADJUDICADO) | **0** |

| | |
|---|---|
| **VALOR ADJUDICADO** | 0 |

**APROBO** _____
**Gerencia**