

INFORME DE EVALUACIÓN PRELIMINAR DE REQUISITOS HABILITANTES
(SOLICITUD DE SUBSANABILIDAD A LOS OFERENTES)

PROCESO DE INVITACION PUBLICA No. 001 DE 2024

PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2024.

OBJETO:

Prestación de servicios de salud de baja complejidad con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, como también los servicios de mediana complejidad derivados de la prestación intramural y extramural, dirigido a la población privada de la libertad y a los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional (ERON) a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, cubierta por los recursos del Fondo Nacional de Salud de las PPL, en la modalidad de pago por capitación y la prestación de servicios de salud de mediana complejidad intramural y extramural por modalidad pago global prospectivo, garantizando capacidad técnica resolutiva intramural en cumplimiento a la Resolución No. 3595 del 2016, al Manual Técnico Administrativo para su implementación, y a los términos de referencia de la invitación, disponiendo para el efecto; recursos técnicos, científicos, administrativos, operativos y financieros propios, gestionando el riesgo en salud que del contrato se derive, en los términos y condiciones que estos lo definan.

JULIO DE 2024

1. CONSOLIDADO OFERTAS RECIBIDAS

En desarrollo de la Proceso de invitación publica No. 001 de 2024, cuyo objeto es “**la Prestación de servicios de salud de baja complejidad con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, como también los servicios de mediana complejidad derivados de la prestación intramural y extramural, dirigido a la población privada de la libertad y a los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional (ERON) a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, cubierta por los recursos del Fondo Nacional de Salud de las PPL, en la modalidad de pago por capitación y la prestación de servicios de salud**

de mediana complejidad intramural y extramural por modalidad pago global prospectivo, garantizando capacidad técnica resolutive intramural en cumplimiento a la Resolución No. 3595 del 2016, al Manual Técnico Administrativo para su implementación, y a los términos de referencia de la invitación, disponiendo para el efecto; recursos técnicos, científicos, administrativos, operativos y financieros propios, gestionando el riesgo en salud que del contrato se derive, en los términos y condiciones que estos lo definan”, y cuyo cierre se efectuó a los diecinueve (19) días del mes de julio del año dos mil veintitrés (2024), siendo las 23:59 horas, termino en el cual se recibieron las siguientes ofertas:

OFERTAS:

No.	RAZON SOCIAL O NOMBRE DEL INTERESADO	OPERADOR	En termino
1	DYMAME S.A.S	No indica	Si
2	UNIÓN TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL PPL Integrada por: - MEDICINA INTEGRAL S.A.S 50% - AURORA EN SALUD S.A.S. 10% - EJEMEDICA S.A.S. 15% - PREMIER SALUD ERON VIEJO CALDAS S.A.S. 10% - BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.	Operador 3	Si
3	UNIÓN TEMPORAL NORSALUD PPL Integrada por: - SUMIMEDICA L S.A.S 10% - LANUS S.A.S 10% - TU SALUD PLUS I.P.S S.A.S 45%	Operador 1	Si

VERCELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	- ADI SALUD I.P.S S.A.S 20% - NUESTRA SALUD INTEGRAL I.P.S. S.A.S.		
4	UT HUMANA SALUD PPL Integrada por: - BIOMEDICAL LIFE S.A.S. 60% - -SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS I.P.S. S.A.S. 30% - CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO I.P.S. S.A.S. 5% - MEDICINA INTEGRAL SAN SALVADOR S.A.S. 5%	Operador 2	Si
5	UNION TEMPORAL CRUZ VIVA 2024 Integrada por: - CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMA RCA Y BOGOTA 92% - VIVIR IPS SAS 8%	Operador 2	Si
6	UNIÓN TEMPORAL UT SALUD USPEC 2 Integrada por: - NP MEDICAL IPS SAS 98%	Operador 2	Si

	- MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES – MEIDESAS 1% - FABILU SAS 1%			
7	UNION TEMPORAL GRUPO BIENESTAR EN SALUD Integrada por: - IPS SOLUCIONES MEDICAS EN SALUD S.A.S. 33,37% - HOMINIS SALUD S.A.S. 33,33% - ALVEN IPS S.A.S. 16,70% - LABORO SALUD OCUPACION AL S.A.S 16,60%	Operador 1	Si	
8	UNION TEMPORAL OCCICAFE SALUD Integrada por: - COLOMBO FARMACEUTICA SAS 49% - ENDOSALUD DE OCCIDENTE IPS 51%	Operador 3	Si	
9	PPL SALUD UNION TEMPORAL Integrada por: - SERSALUD SA 50% - IPS SIEMPRE SAS 49%	Operador 3	Si	

	- XIEXE S.A.S 1%			
--	---------------------	--	--	--

2. EVALUACIÓN REQUISITOS HABILITANTES

2.1. DYNAMED S.A.S

2.1.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: DYMAMED SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		X		El proponente debe dejar claro en la carta de presentación de la propuesta el grupo por el que participa en el presente proceso de selección, igualmente en la parte final de la carta donde se solicita el nombre del proponente, se debe consignar el nombre del proponente y no el nombre del representante legal, por lo tanto debe SUBSANAR.
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL		X		Después de revisado el certificado de existencia y representación legal, podemos establecer que el señor Yefer Hernando López Méndez, representante legal de DYMAMED SAS tiene restricciones para contratar, por tal razón deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta y la suscripción del contrato, por lo tanto, debe SUBSANAR.
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL			X	
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDAD ES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			

CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS		X		La entidad en su potestad de verificar la documentación solicitada, ingreso a la plataforma de la Procuraduría para verificar los antecedentes disciplinarios del proponente DYMAMED SAS, encontrado que el numero Nit ingresado no se encuentra registrado en el sistema, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN		X		En la parte final del formato donde se solicita el nombre del proponente, se debe consignar el nombre del proponente y no el nombre del representante legal, por lo tanto, debe SUBSANAR.
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		X		En la parte final del formato donde se solicita el nombre del proponente, se debe consignar el nombre del proponente y no el nombre del representante legal, por lo tanto, debe SUBSANAR.
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO		X		En la parte final del formato donde se solicita el nombre del proponente, se debe consignar el nombre del proponente y no el nombre del representante legal, por lo tanto, debe SUBSANAR.
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		El proponente no adjunta la garantía de seriedad de la oferta, por lo tanto, debe subsanar.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE, por lo tanto, se solicita subsanar.**

2.1.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENTE: DYMAMED SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2.

				"(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) "
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) "

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENTE UNICO: DYMAMED SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 1. "(...) Nota 1: Su cálculo y comparación debe corresponder al corte de Información Financiera de la vigencia 2023, deben ser realizados y respaldados con la firma del Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal, adjuntando declaración de renta, los estados financieros, con sus respectivas revelaciones y notas contables, adicionalmente, la información financiera que crean conveniente. (...) "
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 1. "(...) Nota 1: Su cálculo y comparación debe corresponder al corte de Información Financiera de la vigencia 2023, deben ser realizados y respaldados con la firma del Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal, adjuntando declaración de renta, los estados financieros, con sus respectivas revelaciones y notas contables, adicionalmente, la información financiera que crean conveniente. (...) "
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 1. "(...) Nota 1: Su cálculo y comparación debe

				corresponder al corte de Información Financiera de la vigencia 2023, deben ser realizados y respaldados con la firma del Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal, adjuntando declaración de renta, los estados financieros, con sus respectivas revelaciones y notas contables, adicionalmente, la información financiera que crean conveniente. (...)”
--	--	--	--	--

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENTE UNICO: DYMAMED SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)	X			
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS		X		No están soportados los estados financieros, teniendo en cuenta lo establecido en términos de referencia, 7.2.6. Certificación y dictamen de los estados financieros: La información de los estados financieros aportadas por los oferentes debe ser a corte del 31 de diciembre de 2023.

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.1.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS - DYMAMED SAS					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)

6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)

10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)

12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. (En la hoja 4 se diseña matriz de evaluación de experiencia)		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes (Se adjunta matriz de evaluación de experiencia específica en pss a PPL)		X		No cargó (adjuntó) soporte(s) correspondiente(s)

Resultado de Evaluación Técnica: No cumple.

2.2. UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL PPL

2.2.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL PPL INTEGRADA POR Integrado por: MEDICINA INTEGRAL SAS NIT EJEMEDICA SAS NIT AURORA EN SALUD SAS NIT PREMIER SALUD ERON VIEJO CALDAS SAS NIT BIENESTAR SALUD BS SAS NIT				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por el señor Ramon Jaller Salleg en su calidad de representante legal y de los integrantes de la UT MEDISALUD INTEGRAL PPL
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL		X		Después de revisado el formato No. 10 se evidencian diferencias en cuanto a la parte inicial del documento, en el aparte de la referencia del documento indica que se realiza la constitución de promesa de sociedad futura y en la parte inferior del documento marcan con una X la opción de UNION TEMPORAL, igualmente se encuentra inconsistencia en la elección del operador, teniendo en cuenta que en la carta de presentación de la propuesta establecen el Operador 3 y en el formato No. 10 establecen el Operador 1, por lo tanto se solicita SUBSANAR.
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			

FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	X			

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.2.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENETE: UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL				
Integrado por:				
MEDICINA INTEGRAL SAS NIT (50%)				
EJEMEDICA SAS NIT (15%)				
AURORA EN SALUD SAS NIT (10%)				
PREMIER SALUD ERON VIEJO CALDAS SAS NIT (10%)				
BIENESTAR SALUD BS SAS NIT (15%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE	X			
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	X			

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENETE: UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL				
Integrado por:				
MEDICINA INTEGRAL SAS NIT (50%)				

EJEMEDICA SAS NIT (15%) AURORA EN SALUD SAS NIT (10%) PREMIER SALUD ERON VIEJO CALDAS SAS NIT (10%) BIENESTAR SALUD BS SAS NIT (15%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO	X			
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES	X			
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES	X			

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENETE: UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL Integrado por: MEDICINA INTEGRAL SAS NIT (50%) EJEMEDICA SAS NIT (15%) AURORA EN SALUD SAS NIT (10%) PREMIER SALUD ERON VIEJO CALDAS SAS NIT (10%) BIENESTAR SALUD BS SAS NIT (15%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL,	X			

SEGÚN NORMATIVIDAD)				
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **CUMPLE.**

2.2.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS - MEDISALUD INTEGRAL PPL					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			

3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			

8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			
10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			

11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			
12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			

13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo.	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes.	X			

Resultado de evaluación Técnica: Cumple.

2.3. UT NORSALUD

2.3.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENETE: UT NORSALUD Integrado por: SUMNEDICAL SAS LANUS SAS TU SALUD PLUS IPS SAS ADI SALUD IPS SAS NUESTRA SALUD INTEGRAL IPS SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por la señora MARTHA JOSEFA RUEDA BUSTOS en su calidad de representante legal y de los integrantes de la UT NORSALUD.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		El valor de la garantía de seriedad de la oferta no corresponde al 10 % del valor del presupuesto oficial estimado para el operador No. 1 (Norte, Noroeste y oriente), por lo tanto, se solicita SUBSANAR.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.3.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Evaluación de requisitos habilitantes de capacidad financiera

PROPONENTE: UNION TEMPORAL NORSALUD PPL				
Integrado por: LANUS SAS (10%) ADI SALUD IPS SAS (20%) TU SALUD PLUS IPS SAS (45%) NUESTRA SALUD INTEGRAL IPS SAS (15%) SUMIMEDICAL SAS (10%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE	X			
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	X			

Evaluación de requisitos habilitantes de capacidad Organizacional

PROPONENTE: UNION TEMPORAL NORSALUD PPL				
Integrado por: LANUS SAS (10%) ADI SALUD IPS SAS (20%) TU SALUD PLUS IPS SAS (45%) NUESTRA SALUD INTEGRAL IPS SAS (15%) SUMIMEDICAL SAS (10%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO	X			
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES	X			
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES	X			

Requisitos documentales de carácter financiero.

PROPONENETE: UNION TEMPORAL NORSALUD PPL				
Integrado por: LANUS SAS (10%) ADI SALUD IPS SAS (20%) TU SALUD PLUS IPS SAS (45%) NUESTRA SALUD INTEGRAL IPS SAS (15%) SUMIMEDICAL SAS (10%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)		X		Adjuntar los documentos de conformidad con términos de referencia 7.2.3. Fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios equipo responsable de la información financiera (contador y/o revisor fiscal, según normatividad): Tarjeta Profesional del Contador Público - Revisor Fiscal y Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Contador Público - Revisor Fiscal, emitido por la Junta Central de Contadores, la fecha de expedición no debe ser superior a un (1) mes, contados a la fecha de cierre del proceso. Por lo tanto, se solicita SUBSANAR
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE, SUBSANAR**

2.3.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS - NORSALUD					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES

1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			

7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			
8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			
10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			

11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			
12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			

13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. (En la hoja 4 se diseña matriz de evaluación de experiencia)	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes (Se adjunta matriz de evaluación de experiencia específica en pss a PPL)	X			

Resultado evaluación técnica: **CUMPLE.**

2.4. UT HUMANA PPL

2.4.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENETE: UT HUMANA PPL				
Integrado por: BIOMEDICAL LIFE SAS SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO IPS SAS MEDICINA INTEGRAL SAN SALVADOR SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por la señora FRANCESCA LIZ CARDENAS ARRIETA en su calidad de representante legal y por los integrantes de la UT HUMANA SALUD PPL

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	X			

Resultado evaluación jurídica: **CUMPLE.**

2.4.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Evaluación de requisitos habilitantes de capacidad financiera

PROPONENTE: UNION TEMPORAL HUMANA SALUD PPL

Integrado por:

BIOMEDICAL LIFE SAS (60%)

MEDICINA INTEGRAL SAN SALVADOR SAS (5%)

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS (30%) CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO IPS SAS (5%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE	X			
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	X			

Evaluación de requisitos habilitantes de capacidad Organizacional

PROPONENETE: UNION TEMPORAL HUMANA SALUD PPL				
Integrado por: BIOMEDICAL LIFE SAS (60%) MEDICINA INTEGRAL SAN SALVADOR SAS (5%) SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS (30%) CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO IPS SAS (5%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO	X			
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES	X			
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES	X			

Requisitos documentales de carácter financiero.

PROPONENETE: UNION TEMPORAL HUMANA SALUD PPL				
Integrado por: BIOMEDICAL LIFE SAS (60%) MEDICINA INTEGRAL SAN SALVADOR SAS (5%) SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS (30%) CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO IPS SAS (5%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			

DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)	X			
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS		X		No están los estados financieros de Medicina Integral San Salvador SAS. Por lo tanto, se solicita SUBSANAR.

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE, SUBSANAR**

2.4.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS – UT HUMANA PPL.					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			

2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			

7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			
8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			
10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			

11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			
12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			

13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo.	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución de este. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes		X		De acuerdo con los términos de referencia numeral 7.4.7. Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL, el proponente no cumple con dicha experiencia, toda vez no adjunta los otro-si del contrato 59940-0848-2016, que soportan lo descrito en la certificación emitida con fecha del 17/06/2021. En relación al contrato 027 de 2021 no se adjunta certificación de ejecución del contrato.

Resultado de la evaluación técnica: **NO CUMPLE (Subsanar).**

2.5. UT CRUZ VIVA 2024

2.5.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: UT CRUZ VIVA 2024

Integrado por:

**CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ
VIVIR IPS SAS**

REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
-------------------------	--------	-----------	-----	---------------

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por el señor GABRIEL CAMERO RAMOS en su calidad de representante legal y por los integrantes de la UT CRUZ VIVA 2024
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		El valor de la garantía de seriedad de la oferta no corresponde al 10 % del valor del presupuesto oficial estimado para el operador No. 2 (Regional Central), por lo tanto, se solicita SUBSANAR.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE, por lo tanto, se solicita subsanar.**

2.5.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENETE: UNION TEMPORAL CRUZ VIVA 2024				
Integrado por: CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA (92%) VIVIR IPS SAS (8%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENETE: UNION TEMPORAL CRUZ VIVA 2024				
Integrado por: CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA (92%) VIVIR IPS SAS (8%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar

RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X	No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X	No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENETE: UNION TEMPORAL CRUZ VIVA 2024

Integrado por:

**CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA (92%)
VIVIR IPS SAS (8%)**

REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL,	X			

SEGÚN NORMATIVIDAD)				
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE, por lo tanto, se solicita subsanar.**

2.5.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS – CRUZ VIVA					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data		X		La información que aportan en relación con el proveedor de gases medicinales - SPEAR- indica que hará suministro en la mayoría de ERON regional central (Operador 2) que incluye los departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Tolima; cuanto este proveedor solo cuenta con suministro en el departamento de Villavicencio y Yopal, por lo cual no se garantizaría el suministro adecuado del gas medicinal.

3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			

8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			
10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			

11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			
12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			

13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución de este.	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución de este. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes	X			

Resultado evaluación técnica: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.6. UT SALUD USPEC

2.6.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: UT SALUD USPEC				
Integrado por:				
NP MEDICAL IPS SAS MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES MEIDE SAS FABILU SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por la señora JENNY DEL PILAR MARROQUIN PALACIO en su calidad de representante legal y por los integrantes de la UT SALUD USPEC 2
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			

DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDAD ES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	X			

Resultado evaluación jurídica: **CUMPLE.**

2.6.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENTE: UT SALUD USPEC

Integrado por:

NP MEDICAL IPS SAS (98%)

MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES MEIDE SAS (1%)

FABILU SAS (1%)

REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENETE: UT SALUD USPEC				
Integrado por: NP MEDICAL IPS SAS (98%) MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES MEIDE SAS (1%) FABILU SAS (1%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo

				de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)"
				Se solicita subsanar
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2.
				"(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)"
				Se solicita subsanar

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENETE: UT SALUD USPEC				
Integrado por: NP MEDICAL IPS SAS (98%) MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES MEIDE SAS (1%) FABILU SAS (1%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)	X			
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			

CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			
--	---	--	--	--

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.6.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS – UT SALUD USPEC					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			

5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			
8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			

10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos. El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional. El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			
11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			

12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			
13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo.	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes	X			

Resultado de evaluación técnica: **CUMPLE.**

2.7. UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD

2.7.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENETE: UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD				
Integrado por:				
IPS SOLUCIONES MÉDICAS EN SALUD SAS				
HOMINIS SALUD SAS				
ALVEIN IPS SAS				
LABORO SALUD OCUPACIONAL SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por la señora SANDRA MILENA PARRA MORALES, en su calidad de representante legal y por los integrantes de la UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			

ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		El oferente adjunta dos pólizas: la primera pertenece a la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS, la cual esta borrosa y no deja ver su contenido, por lo cual la entidad tomo para revisión la segunda póliza aportada expedida por SEGUROS DEL ESTADO, En la cual se hacen las siguientes observaciones: en la parte del beneficiario, no se encuentra el Código SFC 119927 (Es de suma importancia que se plasme en la parte inicial de la póliza el Número del Nit con el código SFC, ya que es un código único que le corresponde a este patrimonio), igualmente debe estar consignado en la póliza el número y año del proceso de la invitación publica, por lo tanto se solicita SUBSANAR. El valor de la garantía de seriedad de la oferta no corresponde al 10 % del valor del presupuesto oficial estimado para el operador No. 1 (Norte, Noroeste y oriente), por lo tanto, se solicita SUBSANAR.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE, por lo tanto, se solicita subsanar.**

2.7.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENETE: UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD				
Integrado por: IPS SOLUCIONES MEDICAS EN SALUD SAS (33,37%) HOMINIS SALUD SAS (33,33%) ALVEN IPS SAS (16,70%) LABORO SALUD OCUPACIONAL SAS (16,60%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
INDICE DE ENDEUDAMIENTO =		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de

PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL				Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
--------------------------------	--	--	--	--

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENETE: UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD				
Integrado por: IPS SOLUCIONES MEDICAS EN SALUD SAS (33,37%) HOMINIS SALUD SAS (33,33%) ALVEN IPS SAS (16,70%) LABORO SALUD OCUPACIONAL SAS (16,60%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) " Se solicita subsanar
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...) "

				Se solicita subsanar
--	--	--	--	----------------------

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENTE: UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD				
Integrado por: IPS SOLUCIONES MEDICAS EN SALUD SAS (33,37%) HOMINIS SALUD SAS (33,33%) ALVEN IPS SAS (16,70%) LABORO SALUD OCUPACIONAL SAS (16,60%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)	X			
CERTIFICACIÓN BANCARIA		X		Para el caso de proponente plural deberá emitir una carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que posterior a la suscripción del contrato en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles presentará el documento que acredite este requisito. Se solicita adjuntar el documento.
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN		X		Para el caso de proponente plural deberá emitir una carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que posterior a la suscripción del contrato en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles presentará el documento que acredite este requisito. Se solicita adjuntar el documento.
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.7.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS – UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			

5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			
8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			

10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			
11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			

12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			
13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo.	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes	X			

Resultado de la evaluación técnica: **CUMPLE.**

2.8. UT OCCICAFE SALUD

2.8.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: UT OCCICAFE SALUD				
Integrado por: COLOMBO FARMACEUTICA SAS ENDOSALUD DE OCCIDENTE IPS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		X		Adjunta carta de presentación de la propuesta en formato Word, por lo tanto, se solicita SUBSANAR y enviar el documento en pdf.
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES		X		COLOMBO FARMACEUTICA SAS adjunta el certificado de cumplimiento de aportes parafiscales suscrito por el revisor fiscal, sin embargo, la fecha del documento no puede ser superior a 15 días de la presentación del documento, igualmente debe quedar claro en el documento estar al día en los aportes parafiscales en los últimos SEIS (6) MESES anteriores a la fecha de cierre del proceso, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDAD ES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS		X		El señor Miguel Angel Marrugo Garcia, representante legal de la UT OCCICAFE SALUD, no adjunta la cedula de ciudadanía, por tal razón no es posible verificar los antecedentes en el Registro Nacional de Medidas Correctivas, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA		X		El señor Miguel Angel Marrugo Garcia, representante legal de la UT OCCICAFE SALUD, no adjunta la cedula de ciudadanía, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT		X		La señora MARIA CAMILA LONDOÑO no adjunta el formato No. 4 FORMATO DE CERTIFICACION DE PREVENCIÓN DEL LAVADO ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO, por lo tanto, se solicita SUBSANAR. El señor Miguel Angel Marrugo Garcia, representante legal de la UT OCCICAFE SALUD, no adjunta los formatos No. 4 y 4.1, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO		X		El proponente no aporta el Formato No. 11, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		El valor de la garantía de seriedad de la oferta no corresponde al 10 % del valor del presupuesto oficial estimado para el operador No. 3 (Viejo Caldas y Occidente), igualmente debe estar consignado en la póliza el número y año del proceso de la invitación pública, la póliza debe estar firmada por el tomador, por lo tanto, se solicita SUBSANAR.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE, por lo tanto, se solicita subsanar.**

2.8.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENTE: UNION TEMPORAL OCCICAFE SALUD				
Integrado por: EMPRESA COLOMBO FARMACEUTICA SA (49%) ENDOSALUD DE OCCIDENTEIPS (51%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE	X			
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	X			

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENTE: UNION TEMPORAL OCCICAFE SALUD

Integrado por: EMPRESA COLOMBO FARMACEUTICA SA (49%) ENDOSALUD DE OCCIDENTEIPS (51%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO	X			
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES	X			
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		Corregir el resultado del indicador de cobertura de intereses, en el formato 9B

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENETE: UNION TEMPORAL OCCICAFE SALUD				
Integrado por: EMPRESA COLOMBO FARMACEUTICA SA (49%) ENDOSALUD DE OCCIDENTEIPS (51%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)	X			

CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.8.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS – UT OCCICAFÉ.					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			

4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)		X		No se encuentra en los archivos remitidos este soporte
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.		X		No se encuentra en los archivos remitidos este soporte
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud		X		No se encuentra en los archivos remitidos este soporte
8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			

9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			
10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			
11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y	X			

	Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.				
12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			
13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo.		X		En la carpeta de experiencia general en prestación de servicios de salud para el SGSS no adjuntan certificados, solo lo relacionan en el anexo 16. Aportan una carpeta que dice experiencia para regímenes especiales, al revisar todos son contratos de suministros de medicamentos e insumos médicos, además existe como ips desde el 2023/03/29.
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes		X		Los certificados que aportan no contienen forma completa de los ítems descritos en los términos de referencia, así mismo se evidencia que los integrantes de la UT no prestaron de manera directa los servicios de salud a la PPL sino que actuaron como apoyo a

				procesos y subproceso del contratante. En el caso de COLOMBO FARMACÉUTICA SAS el contrato tenía como Servicios de apoyo como operador de distribución de medicamentos e insumos medicoquirúrgicos en todos los centros penitenciarios de la regional de occidente y solo están habilitados en REPS desde 2023/03/29 en Zarzal; mientras que ENDOSALUD DE OCCIDENTE SA, la experiencia que soporta es la prestación de servicios de Salud asistenciales y conexos con autonomía, autocontrol, augestión y autogobierno, en la Operación de los procesos y subprocesos de la ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO.
--	--	--	--	--

Resultado de la evaluación técnica: **No cumple (Subsanar).**

2.9. PPL SALUD UNION TEMPORAL

2.9.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENETE: PPL SALUD UNIÓN TEMPORAL

Integrado por:
SERSALUD SA

IPS SIEMPRE SAS XIEXE SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			Adjunta carta de presentación de la propuesta debidamente firmada por la RL ZULMA JASLEYDI JAUREGUI VELANDIA y los integrantes del PPL SALUD UNION TEMPORAL
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	X			
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL	X			
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		El proponente no adjunta la garantía de seriedad de la oferta, por lo tanto, debe subsanar.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE, por lo tanto, se solicita subsanar.**

2.9.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENETE: PPL SALUD UNION TEMPORAL				
Integrado por: SERSALUD SA (50%) XIEXE CENTRO TERAPEUTICO SAS (1%) SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SIEMPRE SAS (49%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)" Se solicita subsanar
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7. Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)" Se solicita subsanar

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENETE: PPL SALUD UNION TEMPORAL				
Integrado por: SERSALUD SA (50%) XIEXE CENTRO TERAPEUTICO SAS (1%) SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SIEMPRE SAS (49%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2.

				"(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)" Se solicita subsanar
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)" Se solicita subsanar
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		No se realizó el cálculo del indicador teniendo en cuenta lo establecido en los términos de referencia, 7.1. Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional, Nota 2. "(...) Nota 2: En el caso en que la oferta sea presentada por oferentes plurales, el cálculo de los indicadores se efectuara partir de la información del integrante que definan los participantes. (...)" Se solicita subsanar

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

PROPONENETE: PPL SALUD UNION TEMPORAL				
Integrado por: SERSALUD SA (50%) XIEXE CENTRO TERAPEUTICO SAS (1%) SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SIEMPRE SAS (49%)				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
CERTIFICADO DE REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	X			
DILIGENCIAR EL FORMATO DE VINCULACIÓN SARLAFT	X			
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO	X			

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL, SEGÚN NORMATIVIDAD)				
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**, por lo tanto, se solicita subsanar.

2.9.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnico

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS – PPL SALUD UNIÓN TEMPORAL.					
No	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Carta de Intención para Contratar de la red de prestación de servicios de salud y servicios conexos (Formatos 17A o 17B)	X			
2	Red de Soporte Funcional en Salud (Formato No.15), para gases medicinales se debe revisar en la página https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/ESTABLECIMIENTOS-NACIONALES-DE-GASES-MEDICINALES-C/2iht-wwwh/data	X			

3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.	X			
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)	X			
5	Garantía de la Implementación de Sistema de Información en Salud 360 (Adjunta carta de compromiso o lo describe de forma clara y precisa en la propuesta)	X			
6	Entrega de información: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde asegure y garantice la entrega del informe de gestión mensual de acuerdo a los requerimientos y formatos establecidos, soporte de requerimientos jurídicos, soportes de tutelas, soporte a PQR, entrega de información solicitada por los entes de control, INPEC, USPEC u otro actor del modelo, en los periodos y tiempos definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.	X			
7	Asesoría técnica, capacitación y entrenamiento al talento humano: Aporta carta de compromiso suscrita por representante legal, donde indique cronograma de capacitaciones propuesto, la metodología a utilizar durante la asistencia técnica y entrenamiento dirigido al personal asistencial y administrativo al interior de los ERON, como también la implementación y puesta en marcha del sistema de información propuesto, las guías de práctica clínica, los eventos de interés en salud pública, los reportes de eventos adversos de farmacovigilancia, de tecnovigilancia y el modelo de atención en salud	X			

8	Matriz de escalamiento de los directivos del proyecto, los coordinadores y los gestores informando su disponibilidad y que aspecto de la ejecución del proyecto respaldan. El documento debe contener una matriz de escalamiento que contenga, los nombres de los responsables de cada proceso, profesión, contacto, email y firma técnica de quienes elaboraron el documento, así como, la suscripción del Representante Legal de la entidad prestadora que presenta la propuesta.	X			
9	Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural El proponente debe relacionar en el Formato No. 13 y 14 los servicios que atenderá la Baja y Mediana Complejidad Intramural o extramural (cuando aplique), según la georreferenciación.	X			
10	Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos El proponente debe relacionar en el Formato No. 13, 14 y 15 la habilitación de los servicios conexos (personal profesional independiente con los respectivos certificados o persona jurídica) que atenderá los servicios relacionados en el grupo No 2 Servicios de apoyo funcional y los correspondiente al grupo No 3 Servicios de apoyo logístico, en especial a lo que corresponde a: Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Aseo hospitalario y Recolección de Desechos Hospitalarios, conforme al Anexo No. 6. En caso de que sean profesionales independientes, deberá emitir carta de compromiso suscrita por el representante legal donde conste que esta persona hará parte del equipo administrativo del operador regional El oferente debe adjuntar la manifestación de contratar que garantice la cobertura de la red de soporte funcional en salud o la red de apoyo logístico, según lo definido en cada grupo de servicios, de conformidad con los Formatos 17 A y 17 B.	X			

11	Modelo de salud Operativo El proponente diligenciará el Formato No. 8 denominado Modelo de Salud Operativo PPL propuesto. Al interior del documento se identifica los ITEMS que el proponente debe desarrollar siempre reconociendo que es un documento donde se diseña y se expone como va a lograr la correcta ejecución de la operación de la red de servicios de salud con el respaldo administrativo requerido y el tablero de control de gestión. El documento debe ser claro y preciso en su contenido, se evaluará de acuerdo con el total de numerales propuestos. El documento debe ser firmado y enviado en PDF. El modelo de atención debe ser preciso en indicar: el desarrollo y estructuración de cada uno de los procesos que sean parte del modelo de atención, precisando de cada uno, sus tiempos de respuesta oportuna, puntos de control, procesos de respaldo y de contingencias, indicadores de seguimiento y gestión, así como la organización de los servicios de salud de Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.	X			
12	Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales El oferente relacionará en el Formato No. 17 A y 17 B el comprobante de habilitación y/o reporte de novedades expedido mediante la página web: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/, así como la manifestación de intención de contratar los servicios. La red de servicios de salud que se relacionen será verificada en el REPS que actualmente se encuentre habilitada, activa, sin sanciones, y los servicios que se relacionen estén efectivamente habilitados. El oferente deberá contar con habilitación de servicios de salud según el REPS, en al menos un departamento de la regional ofertada y deberá demostrar capacidad técnica resolutive en los demás con sus aliados estratégicos.	X			

13	Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud. El proponente debe acreditar como mínimo seis (6) años de experiencia en la ejecución de contratos que comprendan la prestación de servicios de salud de baja, mediana y/o alta complejidad. La experiencia mencionada deberá ser acreditada dentro de los últimos diez (10) años a la fecha de presentación de la propuesta. Para acreditar la mencionada experiencia, el proponente deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo.	X			
14	Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL El proponente, adicional a la experiencia mencionada en el numeral anterior, deberá acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia en la prestación de servicios de salud a Personas Privadas de la Libertad – PPL, para lo cual deberá adjuntar copia del debido contrato y el certificado de ejecución del mismo. Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes		X		Adjuntan el contrato 59940-0373-2018, pero no el certificado correspondiente, en dicho contrato no se puede evaluar el porcentaje de ejecución entre otros ítems y requerimientos de información para la experiencia específica descrita en los términos de referencia.

Resultado de la evaluación: **No cumple (Subsanar).**

3. RESUMEN EVALUACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES

No	PROPONENTE	REQUISITOS JURÍDICOS	REQUISITOS FINANCIEROS	REQUISITOS TÉCNICOS
P1	DYNAMED S.A.S	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar
P2	UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL PPL	No cumple/Subsanar	Cumple	Cumple
P3	UT NORSALUD	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar	Cumple
P4	UT HUMANA PPL	Cumple	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar
P5	UT CRUZ VIVA 2024	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar
P6	UT SALUD USPEC	Cumple	No cumple/Subsanar	Cumple
P7	UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar	Cumple
P8	UT OCCICAFE SALUD	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar
P9	PPL SALUD UNION TEMPORAL	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar	No cumple/Subsanar

Teniendo en cuenta la evaluación presentada en el cuadro anterior, el oferente puede subsanar, aclarar y/u objetar la evaluación realizada. Una vez recibidas las subsanaciones y/u objeciones dentro del término establecido en el cronograma para tal fin, se procederá con la verificación de subsanación presentada por el oferente.

El presente informe se publica a los veintitrés (23) días del mes de julio del año 2024.

Publíquese,

COMITÉ EVALUADOR DESIGNADO

FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., vocera y administradora PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024

Original Firmado	Original Firmado
Nombre: Jorge Mario Puentes.	Nombre: Carlos Enrique Sejin
Evaluator Jurídico	Evaluator técnico
PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.	PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.
Original Firmado	
Nombre: Vanesa Meza	
Evaluator Financiero	
PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.	

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03, Tel. (601) 756 2444 | **Barranquilla** (605) 385 4010 |
Bucaramanga (607) 697 1687 Ext: 6900 | **Cali** (602) 485 5036 | **Cartagena** (605) 693 1611 |
Ibagué (608) 277 0439 | **Medellín** (604) 340 0937 | **Popayán** (602) 837 3367 |
Riohacha (605) 729 5328 | **Villavicencio** (608) 683 3751
Línea gratuita nacional 01 8000 180510

Fiduprevisa S.A. NIT 860.525.148 - 5
Línea gratuita nacional 01 8000 180510
PBX (601) 756 6633
Peticiones o solicitudes:
<https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php>

