

INFORME DE EVALUACIÓN DEFINITIVA

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 1	Si
3	UNIÓN TEMPORAL NORSALUD PPL Integrada por: <ul style="list-style-type: none"> - SUMIMEDICA L S.A.S 10% - LANUS S.A.S 10% - TU SALUD PLUS I.P.S S.A.S 45% 	Operador 1	Si

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	<ul style="list-style-type: none"> - ADI SALUD I.P.S S.A.S 20% - NUESTRA SALUD INTEGRAL I.P.S. S.A.S. 		
4	<p>UT HUMANA SALUD PPL</p> <p>Integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>UNION TEMPORAL CRUZ VIVA 2024</p> <p>Integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRUZ ROJA COLOMBIAN A SECCIONAL CUNDINAMA RCA Y BOGOTA 92% - VIVIR IPS SAS 8% 	Operador 2	Si
6	<p>UNIÓN TEMPORAL UT SALUD USPEC 2</p> <p>Integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NP MEDICAL IPS SAS 98% 	Operador 2	Si

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	<ul style="list-style-type: none"> - MEDICINA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES – MEIDESAS 1% - FABILU SAS 1% 		
7	<p>UNION TEMPORAL GRUPO BIENESTAR EN SALUD</p> <p>Integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>UNION TEMPORAL OCCICAFE SALUD</p> <p>Integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - COLOMBO FARMACEUTICA SAS 49% - ENDOSALUD DE OCCIDENTE IPS 51% 	Operador 3	Si
9	<p>PPL SALUD UNION TEMPORAL</p> <p>Integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SERSALUD SA 50% - IPS SIEMPRE SAS 49% 	Operador 3	Si

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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

Posteriormente, y en aplicación del cronograma establecido para el presente proceso de contratación, se concedió termino para subsanar las observaciones al informe preliminar publicado el 23 de julio de 2024, y culminado dicho termino el 24 de julio de 2024 se recibieron las subsanaciones presentadas en oportunidad, generándose la presente evaluación definitiva.

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	SUBSANACION
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE PROPONENTE PLURAL			X	NO SUBSANO LO SOLICITADO.
VERIFICACIONES ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	X			
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X			
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE	X			

MEDIDAS CORRECTIVAS				
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	X			
ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE – RECHAZADO.**

2.1.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENETE: DYMAMED SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE		X		NO SUBSANO
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		NO SUBSANO

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENETE UNICO: DYMAMED SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO		X		NO SUBSANO
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		NO SUBSANO

COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		NO SUBSANO
---	--	---	--	------------

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 SUBSANO

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE - RECHAZADO.**

2.1.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden técnicos.

REVISIÓN CUMPLIMIENTO DE HABILITANTES TÉCNICOS - DYMAMED SAS
--

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 SUBSANO LO SOLICITADO
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-wwxh/data		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO
3	Red de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad prestación intramural y extramural. Formato 13 y 14.		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO
4	Equipo mínimo obligatorio de personal (Perfiles conforme al anexo 4)		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO
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 SUBSANO LO SOLICITADO

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 SUBSANO LO SOLICITADO)
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 SUBSANO LO SOLICITADO
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 SUBSANO LO SOLICITADO
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 SUBSANO LO SOLICITADO

10	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>		X	NO SUBSANO LO SOLICITADO
11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		X	NO SUBSANO LO SOLICITADO

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO
13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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)</p>		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO
14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>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)</p>		X		NO SUBSANO LO SOLICITADO

Resultado evaluación Técnica: **NO CUMPLE - RECHAZADO.**

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	SUBSANACION
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			La proponente adjunta formato 10 debidamente diligenciado. SUBSANO.
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			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	X			
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	X			

Resultado evaluación jurídica: **CUMPLE.**

2.2.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENTE: 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

PROPONENTE: 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, SEGÚN NORMATIVIDAD)	X			
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ESTADOS FINANCIEROS				
---------------------	--	--	--	--

Resultado evaluación Financiera: **CUMPLE.**

2.2.3. Evaluación de requisitos habilitantes de 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-wwxh/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			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

10	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			
11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>	X			
13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			
14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes.</p>	X			

Resultado evaluación técnica: **CUMPLE.**

2.3. UT NORSALUD

2.3.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROPONENETE: UT NORSALUD				
Integrado por:				
SUMMEDICAL 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	SUBSANACION
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			Garantía constituida sobre el 10%. SUBSANO.

Resultado evaluación jurídica: **CUMPLE.**

2.3.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Evaluación de requisitos habilitantes de capacidad financiera

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
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 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			Adjunta 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): SUBSANO
CERTIFICACIÓN BANCARIA	X			
RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN	X			
CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	X			

Resultado evaluación Financiera: **CUMPLE**

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-wwxh/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	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			
11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>	X			
13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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)</p>	X			
14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>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)</p>	X			

Resultado evaluación técnica: **CUMPLE**

2.4. UT HUMANA PPL

2.4.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: 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	SUBSANO
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 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.**

2.4.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero.

Evaluación de requisitos habilitantes de capacidad financiera

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
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			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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		Adjunta los estados financieros de Medicina Integral San Salvador SAS. Se validaron los estados de situación financiera para el cálculo de los indicadores, del integrante escogido Servicios Médicos Olympus IPS SAS, y al comparar la información, con lo reportado ante la Supersalud para el año 2023 se evidenciaron las siguientes diferencias :

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

					INF. PAGINA SUPERSALUD	ESTADOS SITUACIÓN FINANCIERA
					ACTIVO CORRIENTE	38.309.878.896
					PASIVO CORRIENTE	23.193.701.037
						9.009.185.545
					RESULTADO INDICADOR DE LIQUIDEZ	1,00
						2,57

Teniendo en cuenta el resultado del indicador de liquidez, no cumple con lo establecido en términos de referencia.
Fuente de información: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datos-abiertos/documents/81946ded3e9a4f72b6b3b1e7b3d70733/about>

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE – RECHAZADO.**

2.4.3. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero.

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-wwxh/data	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8	<p>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.</p> <p>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.</p>	X			
9	<p>Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural</p> <p>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.</p>	X			
10	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			
12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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:</p> <p>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.</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

13	<p>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.</p> <p>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.</p>	X			
14	<p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes</p>	X			<p>Conforme a lo establecido en los términos de referencia 7.4.7 Experiencia específica en prestación de servicios de salud a PPL, en los otros -si aportados en la subsanación igual que en el contrato inicial y en la certificación adjunta del contrato 59940-848-2016, no especifica el porcentaje de ejecución y/o el cumplimiento del mismo (la certificación solo describe “Que se encuentra vigente y en ejecución el contrato No. 59940-0848-2016 del 01 de abril del 2016”), tampoco aportan otro documento donde se pueda evidenciar que el contrato fue ejecutado a cabalidad; es preciso resaltar que todas las certificaciones deben cumplir lo descrito en las páginas 44 y 45 de los términos de referencia definitivos publicados. En relación con el contrato 027 de 2021 no se anexa certificado que soporte la ejecución de este. Por lo anterior, no se reconoce subsanación a este punto.</p>

Resultado evaluación Técnica: **NO CUMPLE - RECHAZADO**

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	SUBSANO
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 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		SUBSANÓ

Resultado evaluación jurídica: **CUMPLE.**

2.5.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENTE: 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 SUBSANO
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		NO SUBSANO

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONENTE: 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 SUBSANO
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		NO SUBSANO
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		NO SUBSANO

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

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**

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		No se acepta la subsanación de esta observación ya que bajo la resolución 4410 de 2009 capítulo XXII se requiere tener unos requisitos para dicha distribución, los cuales no se evidencian en los soportes adjuntos a la presente subsanación. En relación con el argumento expresado: “Adicionalmente uno de los prestadores que compone la Unión Temporal UT CRUZ VIVA 2024, VIVIR IPS SAS. Identificada con el NIT 830017370, representada legalmente por MARIA CLEMENCIA GALVIS OCAMPO, a través de sus Sedes en los Municipios de Tunja, Neiva, Ibagué, Villavicencio, cuentan con balas de oxígeno de reserva en sus IPS, las cuales dan respaldo a la necesidad de los ERON” no se reconoce subsanación teniendo en cuenta que, al revisar el REPS, la única sede que tiene servicios que por interdependencia de servicios podría garantizar el suministro de oxígeno es la sede de Villavicencio, se adjunta pantallazo del REPS de las sedes Tunja, Neiva e Ibagué.

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	<p>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.</p> <p>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.</p>	X			
9	<p>Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural</p> <p>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.</p>	X			
10	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			

<p>11</p>	<p>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.</p>	<p>X</p>			
<p>12</p>	<p>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.</p>	<p>X</p>			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			
14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes</p>	X			

Resultado evaluación Financiera: **NO CUMPLE**

Se adjunta como soporte pantallazo del REPS con fecha 25/07/2024 de los servicios habilitados de la IPS VIVIR SAS en los Municipios de Tunja, Neiva e Ibagué.

(8) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede	Prestador	Sede	Nombre Sede	Prestador	Servicio	Distintivo
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		312 -ENFERMERÍA	DHSS0593488
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0593489
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		323 -INFECTOLOGÍA	DHSS0593490
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0593302
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0593491
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		344 -PSICOLOGÍA	DHSS0593492
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0593493
Boyacá	TUNJA	1500103380		01	VIVIR IPS SAS TUNJA		714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0593494

Departamento	Municipio	Código Sede	Prestador	Sede	Nombre Sede	Prestador	Servicio	Distintivo
Huila	NEIVA	4100102888		01	VIVIR IPS NEIVA		328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0632782

Departamento	Municipio	Código Sede	Prestador	Sede	Nombre Sede	Prestador	Servicio	Distintivo
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		312 -ENFERMERÍA	DHSS0576135
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		323 -INFECTOLOGÍA	DHSS0576136
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0575065
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0575066
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		335 -OFTALMOLOGÍA	DHSS0576137
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		342 -PEDIATRÍA	DHSS0587788
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		344 -PSICOLOGÍA	DHSS0575067
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0576138
Tolima	IBAGUÉ	7300103361		01	VIVIR IPS SAS		714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0576139

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	SUBSANO
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 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.**

2.6.2. 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			SUBSANO
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	X			SUBSANO

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

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
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO = UTILIDAD NETA / PATRIMONIO	X			SUBSANO
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES	X			SUBSANO

COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES	X			SUBSANO
---	---	--	--	---------

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: **CUMPLE.**

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-wwxh/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	<p>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.</p> <p>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.</p>	X			
11	<p>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.</p> <p>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.</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>	X			
13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			
14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes</p>	X			

Resultado de la evaluación: **Cumple.**

2.7. UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD

2.7.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: 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	SUBSANO
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 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			SUBSANO

Resultado evaluación jurídica: **CUMPLE.**

2.7.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONETE: 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			SUBSANO
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	X			SUBSANO

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

PROPONETE: 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			SUBSANO

RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES	X			SUBSANO
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES	X			SUBSANO

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

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

Resultado evaluación Financiera: **CUMPLE.**

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-wwxh/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			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			
11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>	X			
13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			
14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes</p>	X			

Resultado 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	SUBSANO
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	X			SUBSANO
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			SUBSANO
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	X			
CERTIFICACIONES ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	X			
CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS	X			SUBSANO
FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	X			SUBSANO
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X			
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X			
VINCULACIÓN FORMULARIO SARLAFT	x			SUBSANO.

ACEPTACIÓN DE FORMA DE PAGO	x			SUBSANO
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA		x		NO SUBSANO

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE – RECHAZADA.**

2.8.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

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
INDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE	x			
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	x			

Requisitos Habilitantes de Capacidad Organizacional

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
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			SUBSANO

Requisitos Documentales de Carácter Financiero

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
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: **CUMPLE**

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

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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-wwxh/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	X			

	definidos por el contratante para cada uno de estos procesos.				
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	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			
11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	X			

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	Baja Complejidad y Mediana complejidad, respaldado con los soportes funcional y logístico.				
12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>	X			
13	<p>Experiencia Certificada en Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			<p>En la subsanación solo adjuntan certificado con fecha 6 de marzo del 2019 de los contratos No. 660-2FT162 (01/06/2016 al 31/05/2017, 12 meses), 660-2ES170001 (01/06/2017 al 31/05/2018, 12 meses), 660-2ES180001 (01/06/2018 al 31/05/2019, 12 meses), que suman en total 48 meses y el certificado con fecha 17 de julio de 2024 de los contratos 660-2EC230001 (01/04/2023 al 31/05/2024, 13 meses) y el 660-2ES230001 (01/04/2023 al 31/05/2024, se cuenta cero (0) mes por experiencia simultánea con el contrato 660-2ES230001); en total se validan 60 meses de experiencia general. Es preciso aclarar que adjuntan otros contratos de prestación de servicios de salud sin la debida certificación donde se pueda evidencia la ejecución o el cumplimiento de estos. Así también, adjuntan una orden de suministros de material médico quirúrgico para la ESE Hospital San Cruz, la cual no se reconoce por no ser la prestación de un servicio de salud y además no adjunta el certificado de ejecución correspondiente. En general no se reconoce subsanación experiencia en prestación de servicios de salud de seis (6) años.</p>

VICELADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



14	<p>Experiencia Específica en Prestación de Servicios de Salud a PPL</p> <p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes</p>	X	<p>En cuanto a la prestación de servicios de salud a PPL no se reconoce la experiencia específica, con los argumentos descritos en el oficio con fecha 24/07/2024 (no hubo adjuntos en este punto de subsanación) ya que persiste la 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 de la ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO (el apoyo a la prestación de servicios no es un servicio de salud habilitable); así mismo en el caso de COLOMBO FARMACÉUTICA SAS el contrato especifica Servicios de apoyo como operador de distribución de medicamentos e insumos, lo cual no es un servicio habilitado y no se reconoce como prestación de servicios de salud.</p>
----	---	---	---

Resultado evaluación técnica: **NO CUMPLE**

2.9. PPL SALUD UNION TEMPORAL

2.9.1. Evaluación de requisitos habilitantes de orden jurídico

PROPONENTE: PPL SALUD UNIÓN TEMPORAL				
Integrado por: SERSALUD SA IPS SIEMPRE SAS XIEXE SAS				
REQUISITOS Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	SUBSANO
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 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		El proponente no adjunta la garantía de seriedad de la oferta, por lo tanto, debe subsanar.

Resultado evaluación jurídica: **NO CUMPLE- RECHAZADA.**

2.9.2. Evaluación de requisitos habilitantes de orden financiero

Requisitos Habilitantes de Capacidad Financiera

PROPONENTE: 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 /		X		NO SUBSANO

PASIVO CORRIENTE				
INDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		X		NO SUBSANO

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 SUBSANO
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS = BENEFICIO NETO / ACTIVOS TOTALES		X		NO SUBSANO
COBERTURA DE INTERESES= UTILIDAD OPERACIONAL/ GASTOS DE INTERESES		X		NO SUBSANO

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	X			

ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EQUIPO 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.**

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	<p>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.</p> <p>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.</p>	X			
9	<p>Cobertura de servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad que preste servicios de forma intramural y extramural</p> <p>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.</p>	X			
10	<p>Servicios Conexos intramural habilitados propios y/o a través de aliados estratégicos</p> <p>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</p> <p>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.</p>	X			

11	<p>Modelo de salud Operativo</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	X			
12	<p>Soportes legales y de funcionamiento, propios o de los aliados estratégicos, que garanticen el cumplimiento de la prestación de los servicios Intramurales</p> <p>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.</p>	X			

VICELIADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



13	<p>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.</p> <p>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.</p>	X		
14	<p>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.</p> <p>Para el caso de proponentes plurales se aceptará que este requisito sea cumplido por cualquiera de los participantes</p>	X		NO SUBSANÓ.

Resultado evaluación técnica: **NO CUMPLE.**

3. RESUMEN EVALUACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES.

En la siguiente tabla se encuentran el consolidado de la calificación definitiva de los diferentes proponentes.

EVALUACIÓN DEFINITIVA JURÍDICA, FINANCIERA Y TÉCNICA - INVITACIÓN PÚBLICA 001 DE 2024				
No	PROPONENTE	REQUISITOS JURÍDICOS	REQUISITOS FINANCIEROS	REQUISITOS TÉCNICOS
P1	DYNAMED S.A.S	No cumple	No cumple	No cumple
P2	UNION TEMPORAL MEDISALUD INTEGRAL PPL	Cumple	Cumple	Cumple
P3	UT NORSALUD	Cumple	Cumple	Cumple
P4	UT HUMANA PPL	Cumple	No cumple	No cumple
P5	UT CRUZ VIVA 2024	Cumple	No cumple	No cumple
P6	UT SALUD USPEC	Cumple	Cumple	Cumple
P7	UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD	Cumple	Cumple	Cumple
P8	UT OCCICAFE SALUD	No cumple	Cumple	No cumple
P9	PPL SALUD UNION TEMPORAL	No cumple	No cumple	No cumple

4. EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS PONDERABLES.

En consideración a la evaluación definitiva de los requisitos habilitantes, procedemos a evaluar los aspectos ponderables de los siguientes proponentes.

4.1. PROPONENTES PARA EL OPERADOR 1.

4.1.1. Evaluación de Aspectos Ponderables Norsalud UT.

EVALUACIÓN DE ASPECTOS PONDERABLES - NORSALUD			
FACTORES OBJETO DE PUNTAJE	PUNTAJE	RESULTADO EVALUACIÓN	OBSERVACIÓN
a) Acreditación de calidad (presentación carta de intención debidamente firmada por el representante legal de la ips acreditada, donde manifieste el compromiso de ser parte de la red de atención a la PPL a cargo del operador en salud.) La presentación de compromiso de una (1) IPS acreditada dará puntaje de 12 puntos, la presentación de compromiso de dos (2) IPS dará un puntaje de 24 y la presentación de tres (3) o más compromisos de IPS acreditadas se asignará el puntaje total de 38,5.	38.50	12	
		12	
		14,5	
b) Experiencia adicional en regímenes especiales (como se indica en los requisitos habilitantes técnicos de los términos de referencia.)	50	50	
c) Apoyo a la Industria Nacional (Formato No. 5).	10	10	
d) Puntaje adicional para proponentes con trabajadores con discapacidad (Que demuestre la vinculación laboral de por lo menos una persona incluida en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad)	1	0	No adjuntan soportes
e) Emprendimiento Y Empresas De Mujeres	0.25	0,25	
f) Criterios Diferenciales MIPYME	0.25	0	No adjuntan soportes
TOTAL PUNTAJE	100	98,75	

4.1.2. Evaluación de Aspectos Ponderables UT Grupo Bienestar en Salud.

EVALUACIÓN DE ASPECTOS PONDERABLES - UT GRUPO BIENESTAR EN SALUD			
FACTORES OBJETO DE PUNTAJE	PUNTAJE	RESULTADO EVALUACIÓN	OBSERVACIÓN
a) Acreditación de calidad (presentación carta de intención debidamente firmada por el representante legal de la ips acreditada, donde manifieste el compromiso de ser parte de la red de atención a la PPL a cargo del operador en salud.) La presentación de compromiso de una (1) IPS acreditada dará puntaje de 12 puntos, la presentación de compromiso de dos (2) IPS dará un puntaje de 24 y la presentación de tres (3) o más compromisos de IPS acreditadas se asignará el puntaje total de 38,5.	38.50	0	No adjuntan soportes
		0	
		0	
b) Experiencia adicional en regímenes especiales (como se indica en los requisitos habilitantes técnicos de los términos de referencia.)	50	50	
c) Apoyo a la Industria Nacional (Formato No. 5).	10	10	
d) Puntaje adicional para proponentes con trabajadores con discapacidad (Que demuestre la vinculación laboral de por lo menos una persona incluida en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad)	1	0	No adjuntan soportes
e) Emprendimiento Y Empresas De Mujeres	0.25	0	No adjuntan soportes
f) Criterios Diferenciales MIPYME	0.25	0	No adjuntan soportes
TOTAL PUNTAJE	100	60	

4.2. PROPONENTES PARA EL OPERADOR 2.

3.2.1. Evaluación de Aspectos Ponderables UT SALUD USPEC 2.

EVALUACIÓN DE ASPECTOS PONDERABLES - UT SALUD USPEC 2			
FACTORES OBJETO DE PUNTAJE	PUNTAJE	RESULTADO EVALUACIÓN	OBSERVACIÓN
a) Acreditación de calidad (presentación carta de intención debidamente firmada por el representante legal de la ips acreditada, donde manifieste el compromiso de ser parte de la red de atención a la PPL a cargo del operador en salud.) La presentación de compromiso de una (1) IPS acreditada dará puntaje de 12 puntos, la presentación de compromiso de dos (2) IPS dará un puntaje de 24 y la presentación de tres (3) o más compromisos de IPS acreditadas se asignará el puntaje total de 38,5.	38.50	12	
		12	
		14,5	
b) Experiencia adicional en regímenes especiales (como se indica en los requisitos habilitantes técnicos de los términos de referencia.)	50	50	
c) Apoyo a la Industria Nacional (Formato No. 5).	10	10	
d) Puntaje adicional para proponentes con trabajadores con discapacidad (Que demuestre la vinculación laboral de por lo menos una persona incluida en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad)	1	0	No adjuntan soportes
e) Emprendimiento Y Empresas De Mujeres	0.25	0,25	
f) Criterios Diferenciales MIPYME	0.25	0,25	
TOTAL PUNTAJE	100	99	

4.3. PROPONENTES PARA EL OPERADOR 3.**4.3.1. Evaluación de Aspectos Ponderables UT Medisalud Integral.**

EVALUACIÓN DE ASPECTOS PONDERABLES - MEDISALUD INTEGRAL PPL			
FACTORES OBJETO DE PUNTAJE	PUNTAJE	RESULTADO EVALUACIÓN	OBSERVACIÓN
a) Acreditación de calidad (presentación carta de intención debidamente firmada por el representante legal de la ips acreditada, donde manifieste el compromiso de ser parte de la red de atención a la PPL a cargo del operador en salud.) La presentación de compromiso de una (1) IPS acreditada dará puntaje de 12 puntos, la presentación de compromiso de dos (2) IPS dará un puntaje de 24 y la presentación de tres (3) o más compromisos de IPS acreditadas se asignará el puntaje total de 38,5.	38.50	12	
		12	
		14,5	
b) Experiencia adicional en regímenes especiales (como se indica en los requisitos habilitantes técnicos de los términos de referencia.)	50	50	
c) Apoyo a la Industria Nacional (Formato No. 5).	10	10	
d) Puntaje adicional para proponentes con trabajadores con discapacidad (Que demuestre la vinculación laboral de por lo menos una persona incluida en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad)	1	0	No adjuntan soportes
e) Emprendimiento Y Empresas De Mujeres	0.25	0,25	
f) Criterios Diferenciales MIPYME	0.25	0,25	
TOTAL PUNTAJE	100	99	

5. CONCLUSIÓN DEL PROCESO.

De conformidad con los términos de referencia de la invitación pública 001 de 2024, los proponentes que cumplen con los requisitos habilitantes y mayor puntaje de aspectos ponderables por Operador en salud son:

- **OPERADOR 1: UT NORSALUD PPL.**
- **OPERADOR 2. UT SALUD USPEC 2.**
- **OPERADOR 3: UT MEDISALUD INTEGRAL.**

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

Nombre: Jorge Mario Puentes.	Nombre: Carlos Enrique Sejín
Evaluador Jurídico	Evaluador técnico
PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.	PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.
Nombre: Vanessa Meza Acosta	Nombre:
Evaluador Financiero	Evaluador
PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.	PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2024.