

 Evaluación con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	rsión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 1 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

INFORME DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES Y EVALUACIÓN

PROCEDIMIENTO DE SEGUNDA O MENOR CUANTÍA HRMB-SMC-002-2020

Tipo de Reunión			COMITÉ DE EVALUACION DE PROPUESTAS		Acta No.
Fecha			Hora de Inicio 03:10 p.m.	Hora Finalización 11:00 p.m.	02
Día	Mes	Año			
01	07	2020			
Lugar		OFICINA DE ADMINISTRACION			

INTEGRANTES DEL COMITE

Dra. DAICY KATHERINE MENDOZA RODRIGUEZ	Sub Directora administrativa y fra
Dr. ORLANDO LESMES CASTRO	Sub Director científico
Dr. ANDRES RODRIGUEZ JIMENEZ	Jefe oficina asesora juridica

ORDEN DEL DIA.

1. Comprobación del quórum y presentación del orden del día.
2. Apertura de propuestas presentadas.
3. Verificación de Requisitos Habilitantes.
4. Presentación, evaluación y calificación de las propuestas recibidas para el **SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS REQUERIDO PARA EL PROCESO DE CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, SEGÚN NECESIDADES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN.**

1. COMPROBACIÓN DEL QUÓRUM Y PRESENTACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

Se declara hábil la sesión, en razón a que se encuentran los tres (3) integrantes del Comité de evaluación de contratación de la ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN, estableciéndose de esta manera que existe quórum para efectuar dicha reunión, cuyo propósito es realizar la EVALUACION DE PROPUESTAS PRESENTADAS DENTRO del Proceso de Invitación procedimiento de segunda o menor cuantia **HRMB-SMC-002-2020, SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS REQUERIDO PARA EL PROCESO DE CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, SEGÚN NECESIDADES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN.**

6

‘

‘

 Evoluciona con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 2 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

Se presenta a continuación el orden del día, el cual es aprobado por los asistentes.

2. APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS

El comité de evaluación de propuestas de la entidad procede a dar lectura de la relación de propuestas presentadas encontrándose lo siguiente:

De acuerdo con el reporte documental relacionado por la Oficina Jurídica, fueron presentadas DOS (02) propuestas, así:

1. **OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S**, Representante Legal: **PEDRO ANTONIO LAMADRID PAJARO**, identificado con C.C No. 73.169.054 Expedida en Cartagena, Recibida: El día 01 de Julio de 2020. Hora: 10:00 AM.
DOS SOBRES CERRADOS, así: SOBRE No. 1. Requisitos Habilitantes y Propuesta económica.
2. **RP DENTAL S.A**, Representante Legal: **JUAN CARLOS VELEZ RESTREPO**, identificado con C.C No. 70.566.183 Expedida en Envigado, Recibida: El día 01 de Julio de 2020. Hora: 2:00 PM.
DOS SOBRES CERRADOS, así: SOBRE No. 1. Requisitos Habilitantes y Propuesta económica.

Revisados los términos de la Invitación procedimiento de segunda o menor cuantía **HRMB-SMC-002-2020** y el registro de radicación de la oferta, se determina que las propuestas presentadas fueron radicadas dentro del término y forma establecida para el efecto en los términos de invitación, por lo cual serán objeto de evaluación.

Acto seguido se procede a dar apertura a las ofertas presentadas.

1. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES.

El Comité procede a realizar la verificación de los requisitos enunciados en la Invitación procedimiento de segunda o menor cuantía **HRMB-SMC-002-2020**, así:

REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN JURIDICO

Para la verificación de los requisitos jurídicos, perfil y experiencia, el proponente deberá allegar los siguientes documentos y/o requisitos. La Entidad efectuará las verificaciones y solicitará la información adicional que requiera. El Comité Evaluador conformado por los Integrantes de la Junta Directiva de la E.S.E., realizará la verificación de los proponentes sobre los documentos presentados, determinando además cuales propuestas son HABILITADAS y cuales son NO HABILITADAS. Solamente a las ofertas de los proponentes que hayan resultado "HABILITADOS", se les procederá a verificar los factores o requisitos ponderables, es decir, que otorgan puntaje. Para facilitar la correcta integración de la propuesta por parte del oferente y su estudio y evaluación por la Entidad, el Proponente deberá integrar los documentos de la Propuesta en el mismo orden en que se relacionan en los siguientes numerales.

REQUISITOS JURÍDICOS	OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S	RP DENTAL S.A
-----------------------------	---	----------------------

C

C

 Evolución con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 3 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

	CUMPLE SI/NO	FOLIOS	CUMPLE SI/NO	FOLIOS
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: El proponente deberá diligenciar en su totalidad el modelo adjunto en el FORMATO No. 1 de la presente Invitación deberá estar debidamente firmado por el representante legal del proponente que sea persona jurídica o del Consorcio o la Unión temporal o por la persona natural que oferte. La firma de la carta de presentación de la propuesta hará presumir la aprobación, legalidad y conocimiento de todos los documentos que la acompañan. La falta de la firma por parte del proponente o la no presentación de la carta son causales de rechazo de la propuesta	SI	FLS. 1-2	SI	FLS. 1-15
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: Podrán participar en el presente proceso las personas en las cuales NO se tipifique alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y la Ley. Para lo cual deberá diligenciarse el modelo adjunto en el FORMATO No. 2. En caso de presentarse inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes dentro del presente proceso, se entenderá que el proponente renuncia a la participación en dicho proceso y a los derechos que surgieren del mismo.	SI	FLS. 3-4	SI	FLS. 16
CÉDULA DE CIUDADANIA DEL PROPONENTE: Fotocopia de la cédula de ciudadanía del proponente si es persona natural o del representante legal del proponente, si es persona jurídica.	SI	FL. 5	SI	FL. 17
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL: Los proponentes Personas Jurídicas, deberán acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del Certificado otorgado por la Cámara de Comercio o por la entidad competente, con fecha de expedición no superior a 30 días calendario, contados retroactivamente a partir de la fecha de cierre del presente proceso, dicho certificado debe estar renovado y vigente a la fecha de presentación de la oferta. En caso de ser persona jurídica, la vigencia de la sociedad deberá tener un término de duración igual o superior al del contrato y un (1) año más. Si el Representante Legal de la empresa oferente tiene limitadas sus facultades para contratar u obligar al proponente, este deberá estar autorizado previamente por el órgano social correspondiente. Copia de la autorización deberá anexarse a la propuesta	SI	FLS 6-8	SI	FLS 18-26
OBJETO SOCIAL: Cuando el proponente sea persona jurídica, el objeto social de este, debe guardar relación con el objeto a contratar, lo cual se determinará por medio del respectivo Certificado de Existencia y Representación Legal.	SI	FLS. 6-8	SI	FLS. 19-20
AUTORIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO SOCIAL COMPETENTE: Cuando el Representante Legal de la Persona Jurídica tenga restricciones para contraer obligaciones en nombre de la misma, deberá adjuntar el documento de Autorización expresa del órgano social competente, en el cual conste que está facultado para presentar la oferta y firmar el contrato por el valor de la propuesta.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
RUT ACTUALIZADO: Se debe anexar el Registro Único Tributario expedido por la DIAN de las personas naturales, de las personas jurídicas, y de cada uno de los integrantes de las Uniones Temporales y Consorcios que llegaren a presentarse.	SI	FL. 9	SI	FL. 27

	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 4 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL. (FORMATO 3A Y 3B): Para Consorcio o Uniones Temporales, se deberá anexar el documento que los constituye, con todos los requisitos exigidos en el presente escrito. El proponente deberá presentar (en original) el documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal en el cual deberá cumplir lo siguiente: • Expresar si la participación es a título de Consorcio o Unión Temporal y señalar los porcentajes de participación. Si se trata de Unión Temporal, sus integrantes deberán señalar los términos y extensión de la participación en la propuesta y ejecución, las obligaciones y responsabilidades de cada uno. • Los integrantes del Consorcio o Unión Temporal responderán solidariamente por todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato; deberán designar la persona que tendrá la representación legal del Consorcio o Unión Temporal, quien contara con las facultades suficientes para actuar en nombre y representación del Consorcio. • Los Consorcios o Uniones Temporales deberán tener una vigencia igual al plazo del contrato y un (1) año más. Por lo tanto deberá indicarse expresamente que el Consorcio o Unión Temporal no podrá ser disuelto ni liquidado durante la vigencia o prórroga del contrato que se suscriba. • Los integrantes del Consorcio o Unión Temporal no podrán ceder sus derechos a terceros sin obtener la autorización expresa del Hospital y en ningún caso podrá haber cesión del contrato entre quienes integren el Consorcio o Unión Temporal.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES. (FORMATO 4A Y 4B): El proponente debe acreditar que se encuentra al día en el pago de Seguridad Social Integral así como los parafiscales de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), de la Caja de Compensación Familiar cuando a ello hubiere lugar. Cuando se trate de un oferente que actúa en calidad de persona jurídica directamente o en Consorcio o Unión Temporal, deberá anexar una certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando éste exista de acuerdo con los requerimientos de Ley, o por el Representante Legal de la sociedad, en la que se acredite el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a los últimos seis (6) meses. Los proponentes, personas naturales, deberán manifestar expresamente bajo la gravedad del juramento, en documento separado presentado con la oferta, si tiene o no a su cargo un número de personas que de acuerdo con cada uno de los regímenes de pensiones, salud, aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, le hacen obligatoria la afiliación y pago por sus trabajadores a esos sistemas, adicionalmente deberán acreditar el pago de los aportes parafiscales y seguridad social de los últimos seis (6) meses.	SI	FL. 10-15	SI	FL. 28-29
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA: De conformidad con lo consagrado en el artículo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República vigente a la fecha de cierre del presente proceso, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de Consorcios o Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.	SI	FLS. 18-19	SI	FLS. 32-33

‘

‘

 Evoluciona con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 5 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION: Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinarios vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en la Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de Consorcios o Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.	SI	FLS. 16-17	SI	FLS. 30-31
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES Y REQUERIMIENTOS JUDICIALES:	SI	FL. 20	SI	FL. 34
CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC:	SI	FL. 21	SI	FL. 35
HOJA DE VIDA: Se deberá presentar con la oferta la Hoja de vida de los proponentes principal y suplente con los respectivos documentos que acreditan su idoneidad; en el Formato de Hoja de Vida de la Función Pública.	SI	FLS. 22-23	SI	FL. 36
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS: Deberá diligenciarse la Declaración Juramentada de Bienes y Rentas en el formato de la Función pública.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
OBSERVACIONES:				

2. REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN FINANCIERO

Exigidos por la entidad

INDICADOR	CRITERIO
CAPITAL DE TRABAJO	MAYOR O IGUAL AL $\geq 50\%$ del valor del presupuesto oficial.
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	MENOR O IGUAL AL $\leq 70\%$
ÍNDICE DE LIQUIDEZ	MAYOR O IGUAL A ≥ 1.8
PATRIMONIO	MAYOR O IGUAL $\geq 50\%$ Presupuesto Oficial

0

C

C

 Evolución con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 6 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

OFERENTE: OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S				
DESCRIPCION	VALORES EXPRESADOS	RESULTADO OPERACIÓN	CONDICION	CUMPLE / NO CUMPLE
PRESUPUESTO OFICIAL	\$ 456.209.326			
ACTIVO CORRIENTE	\$ 537.874.256			
PASIVO CORRIENTE	\$ 243.151.784			
PATRIMONIO	\$ 294.722.472			
CAPITAL DE TRABAJO		\$ 294.722.472	MAYOR O IGUAL AL $\geq 50\%$ del valor del presupuesto oficial.	SI CUMPLE
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO		0,452060647	MENOR O IGUAL AL $\leq 70\%$	SI CUMPLE
INDICE DE LIQUIDEZ		2,212092575	MAYOR O IGUAL A ≥ 1.8	SI CUMPLE
PATRIMONIO		\$ 294.722.472	MAYOR O IGUAL $\geq 50\%$ Presupuesto Oficial	SI CUMPLE

2

2

 Evaluación con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 7 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

OFERENTE: RP DENTAL S.A				
DESCRIPCION	VALORES EXPRESADOS	RESULTADO OPERACIÓN	CONDICION	CUMPLE / NO CUMPLE
PRESUPUESTO OFICIAL	\$ 456.209.326			
ACTIVO CORRIENTE	\$ 21.749.948.974			
PASIVO CORRIENTE	\$ 9.304.140.063			
PATRIMONIO	\$ 11.057.875.922			
CAPITAL DE TRABAJO		\$ 12.445.808.911	MAYOR O IGUAL AL $\geq 50\%$ del valor del presupuesto oficial.	SI CUMPLE
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO		0,427777558	MENOR O IGUAL AL $\leq 70\%$	SI CUMPLE
INDICE DE LIQUIDEZ		2,337663538	MAYOR O IGUAL A ≥ 1.8	SI CUMPLE
PATRIMONIO		\$ 11.057.875.922	MAYOR O IGUAL $\geq 50\%$ Presupuesto Oficial	SI CUMPLE

INDICADOR	INDICE OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S	INDICE RP DENTAL S.A	CUMPLE/NO CUMPLE OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S	CUMPLE/NO CUMPLE RP DENTAL S.A
CAPITAL DE TRABAJO	129%	5456%	CUMPLE	CUMPLE
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	45.20%	42.77%	CUMPLE	CUMPLE
INDICE DE LIQUIDEZ	2,212092575	2,337663538	CUMPLE	CUMPLE
PATRIMONIO	64.60%	2423.86%	CUMPLE	CUMPLE

6

c

c

 Evolución con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 8 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

3. REQUISITOS TECNICOS GENERALES

EXPERIENCIA	OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S	RP DENTAL S.A
	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE / NO CUMPLE
Solamente serán admitidas las certificaciones de cumplimiento, actas liquidación expedidas por la entidad contratante. No se tendrán en cuenta auto certificaciones, ni copias de minutas de contratos que no estén acompañadas de las certificaciones de cumplimiento o actas liquidación expedidas por la entidad contratante.	CUMPLE	NO CUMPLE
NOTA 1: La certificación y/o acta de liquidación, presentada por los proponentes para acreditar la experiencia deberán ser expedidas por la entidad contratante, donde se especifique por lo menos lo siguiente: a.) Nombre del contratante b.) Nombre del contratista. c.) Objeto del contrato. d.) Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato. e.) Valor del contrato f.) Nombre y firma de quien(es) suscribe(n) el documento y/o de quien(es) emite(n) la certificación. NOTA 2: El proponente deberá diligenciar y presentar el FORMATO 5 – FORMATO DE EXPERIENCIA.	CUMPLE	NO CUMPLE
RELACIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS OFERTADOS (ANEXO No. 1)	CUMPLE	NO CUMPLE
REGISTROS SANITARIOS DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS COTIZADOS (SOLO EN MEDIO MAGNÉTICO)	CUMPLE	NO CUMPLE

c

c

 Evolución con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 9 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DEL FABRICANTE O DEL DISTRIBUIDOR AUTORIZADO O EXCLUSIVO	CUMPLE	NO CUMPLE
--	--------	-----------

4. CRITERIOS DE EVALUACIÓN PONDERABLES

FACTORES DE CALIFICACION	OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S	RP DENTAL S.A
EVALUACIÓN JURÍDICA	CUMPLE	CUMPLE
EVALUACIÓN TÉCNICA Y/O EXPERIENCIA	CUMPLE	NO CUMPLE
EVALUACIÓN FINANCIERA	CUMPLE	CUMPLE
EVALUACIÓN ECONOMICA	500 PUNTOS	
PERSONAL PROFESIONAL OFRECIDO	100 PUNTOS	
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001-2015	0 PUNTOS	
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	0 PUNTOS	
EXPERIENCIA	200 PUNTOS	
TOTAL	800 PUNTOS	NO APLICA PUNTUACION

CONCLUSIÓN

En consecuencia, y dado que el proponente **OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S NIT: 901.067.895-1** se encuentra habilitado de acuerdo a los requisitos de orden jurídico, financieros, técnicos y de experiencia mínimos requeridos en Invitación realizada dentro del Procedimiento de Segunda o Menor Cuantía **HRMB-SMC-002-2020**, y así mismo, que es el único proponente que cumplió satisfactoriamente en la evaluación de los requisitos habilitantes de acuerdo a su propuesta.

No se estimó necesario realizar la calificación de los criterios ponderables al proponente (**RP DENTAL S.A**) por no cumplir con los requisitos habilitantes y por lo tanto se procedió a continuar con la evaluación de los criterios de evaluación ponderables y asignar puntuación al proponente clasificado.

Por lo tanto, el Comité Evaluador recomienda al Ordenador del Gasto adjudicar el proceso de la referencia a **OPERADORES LOGISTICOS EN SALUD S.A.S NIT: 901.067.895-1**, representado legalmente por **PEDRO ANTONIO LAMADRID PAJARO**, identificado con C.C No. 73.169.054 Expedida en Cartagena, por un valor de **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL TRECIENTOS VEINTISEIS PESOS MCTE (\$456.209.326)** incluidos costos directos, e indirectos, así como los tributarios del caso que se causen por el hecho de su celebración de acuerdo a las especificaciones y precios contenidos en la propuesta presentada.

c

c

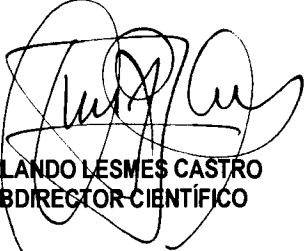
 Evolucion con ciencia	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Cód: GJ-FO-01	Versión: 02
		Fecha: 18/05/2020	Pág: 10 de 10
	ACTA DE EVALUACION		

Dado en Socorro, a primero (01) días del mes de julio del año dos mil veinte (2020).

Se deja constancia de la comunicación de esta acta de evaluación a los correos electrónicos de los dos oferentes, quienes podrán presentar las correspondientes observaciones en la forma establecida en los términos de la invitación.

Se firma por los integrantes del Comité evaluador:


DAICY KATHERINE MENDOZA RODRIGUEZ
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FRA


ORLANDO LESMES CASTRO
SUBDIRECTOR CIENTÍFICO


ANDRES RODRIGUEZ JIMENEZ
JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA.

2

2