FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

DISPENSARIO MEDICO DE CALI

Santiago de Cali, 27 de Febrero de 2023

Señora coronel
MARIA CLEMENCIA GUTIERREZ RUEDA
Directora Del Dispensario Médico de Cali.
Gerente del Proyecto.

ASUNTO: EVALUACION JURIDICA– OFERTA - PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA N°. 226-DIGSA/DMCAL-2023

Respetuosamente y en atención a las ofertas presentadas el Comité Jurídico Evaluador emite informe de evaluación de la oferta presentada dentro del proceso en asunto, cuyo objeto es **LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGIA ADULTO Y PEDIATRICA (CONSULTA EXTERNA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, APOYO DIAGNOSTICO, CONCEPTOS MEDICOS , Y DEMAS SERVICIOS INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL (ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL) Y 052 DE 2013 PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM QUE RESIDEN LOS MUNICIPIOS DE BUGA Y TULUA O SUS LOCALIDADES VECINAS**

El presupuesto asignado para el presente proceso de selección corresponde a la suma de **VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 20.000.000)**, de acuerdo con el **CDP N° 29723 de fecha 13 de Febrero de 2023**, catalogo presupuestal **A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES, RECURSO 16 SSF**, expedido por el Jefe de Presupuesto del Dispensario Médico de Cali.

Previa enunciación, se extrae la información de las firmas que presentaron propuestas en la plataforma transaccional Secop II:

	OFERTAS PRESENTADAS
1	CLINICA OFTALMOLOGICA DE BUGA LTDA

Atendiendo la modalidad de selección que corresponde a **MINIMA CUANTIA** y De conformidad con lo establecido

en el Articulo 2.2.1 2.1 .5.2 del Decreto 1082 de 2015, el comité Jurídico Evaluador únicamente verificara los requisitos habilitantes del proponente que oferto el precio más bajo al cual se le aplicaran las reglas de subsanabilidad. .

El comité jurídico evaluador procede a emitir informe de evaluación a la oferta presentada por CLINICA OFTALMOLOGICA DE BUGA LTDA

CLINICA OFTALMOLOGICA DE BUGA LTDA. Nit: 900207482-1

DOCUMENTO DOCUMENTOS DE CONTENIDO JURÍDICO OBJETO DE VERIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	VERIFICACION
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA - FORMULARIO NO. 1			
Calidad en que actúa el firmante	**X**		Representante Legal
Totalidad de las manifestaciones	**X**		
Diligenciamiento	**X**		
Firma del representante	**X**		**DIANA PAOLA PARRA QUINTERO** Representante Legal
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL			
Fecha de expedición	**X**		MARZO 30 DE 2022
Constitución	**X**		MARZO 19 DE 2008
Termino de duración	**X**		HASTA EL 17 DE MARZO DE 2028
Objeto adecuado	**X**		ADECUADO
Capacidad del representante o apoderado	**X**		**DIANA PAOLA PARRA QUINTERO** Representante Legal
VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE			
Fecha de expedición	**X**		El comité jurídico realizo dicha verificación
Identidad con el Oferente	**X**		No registra antecedentes
CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA			
Fecha de expedición	**X**		El comité jurídico realizo dicha verificación
Identidad con el Oferente	**X**		No se encuentra reportado como responsable Fiscal

CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS.			
Fecha de expedición	**X**		El comité jurídico realizo dicha verificación
Identidad con el Oferente	**X**		No Registra Sanciones Ni Inhabilidades Vigentes
CONSULTA PAGO DE MULTAS – CODIGO DE POLICIA			
Fecha de expedición	**X**		El comité jurídico realizo dicha verificación
Identidad con el Oferente	**X**		No Registra Sanciones
FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PROPONENTE, O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO SEGÚN CORRESPONDA.			
Diligenciamiento	**X**		**DIANA PAOLA PARRA QUINTERO** Representante Legal
Suscripción	**X**		
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL			
Suscripción Certificación pago de Aportes Parafiscales	**X**		**LORENA PATRICIA ARIAS PATIÑO** Representante Legal
Copia Planilla de Aportes Parafiscales		**X**	**NO CUMPLE, NO ALLEGO COPIA DE LAS 6 ÚLTIMAS PLANILLAS PAGADAS**
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN – FORMULARIO No. 3			
Diligenciamiento		**X**	**NO CUMPLE NO DILIGENCIO DE MANERA ADECUADA EL FORMULARIO**
Suscripción	**X**		
PACTO DE INTEGRIDAD – FORMULARIO N° 5			
Diligenciamiento	**X**		**DIANA PAOLA PARRA QUINTERO** Representante Legal
Suscripción	**X**		
FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA PROVEEDORES			

Diligenciamiento	**X**		**DIANA PAOLA PARRA QUINTERO** Representante Legal
Suscripción	**X**		
certificación emitida por la ARL		**X**	**No allego certificación emitida por la ARL, persona competente**

VERIFICACION DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.

PARA OFERENTES NACIONALES O EXTRANJEROS CON DOMICILIO EN COLOMBIA

Cumplimiento de la experiencia habilitante requerida. Para tal efecto diligenciará el FORMULARIO 2 de la invitación pública "EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE", de acuerdo con los siguientes parámetros:

a. La información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada.

b. El formulario debe ir firmado por el representante legal del proponente y/o suplente.

c. Anexo de los soportes que demuestren la acreditación de la experiencia requerida en el Formulario Nº. 02." ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE".

d. No se aceptan auto certificaciones.

Certificaciones experiencia del proponente:

Como requisito mínimo habilitante, el proponente debe acreditar su experiencia certificando uno o más contratos ejecutados y/o facturas y/o constancias, recibidos a entera satisfacción y debidamente suscritos, cuyo objeto sean RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN CONSULTA EXTERNA y cuya sumatoria sea equivalente al SESENTA por ciento (60%) del presupuesto oficial del presente proceso contractual Las constancias a través de las cuales se certifiquen los contratos, deben contener como mínimo la siguiente información:

Las constancias a través de las cuales se certifiquen los contratos, deben contener como mínimo la siguiente información:

a. Nombre o razón social del contratante.

b. Nombre o razón social del contratista

c. Objeto del contrato d. Plazo del contrato

e. Valor del contrato. Solo se aceptaran certificaciones en pesos colombianos.

f. La certificación debe venir debidamente suscrita por la persona facultada para expedirla.

g. Si la certificación incluye varios contratos, se debe identificar en forma precisa si son contratos adicionales al principal o son contratos nuevos, indicando en cada uno de ellos sus plazos, y/o valor. La certificación puede ser individual o general.

Nota 1: No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.

Nota 2: DISPENSARIO MEDICO DE CALI se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información suministrada por el oferente.

Nota 3: No se acepta ningún otro documento para acreditar la experiencia. NO SE ACEPTAN AUTO CERTIFICACIONES.

Nota 4: Las copias de los documentos presentadas deben ser completamente legibles.

ACREDITACION DE LA EXPERIENCIA EN LA MODALIDAD DE CONSORCIO Y UNIÓN TEMPORAL

Los Consorcios o Uniones Temporales, deberán acreditar experiencia que sean RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN CONSULTA EXTERNA; aportando certificaciones, contratos con su respectiva certificación de cumplimiento y aceptación con las exigencias legales para su validez acreditando el recibo (Ley 1231 de 2008), contratado, ejecutado y terminado, anterior a la fecha del cierre del presente proceso de selección

La sumatoria de estas experiencias deberá ser igual o superior (≥) al 60% del presupuesto oficial del presente proceso.

Cuando las actividades correspondientes hayan sido ejecutadas por el proponente o por uno de sus miembros bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, en tal caso sólo se tendrá en cuenta como experiencia del proponente o de uno de sus miembros, aquella referida al porcentaje de participación que el proponente hubiera tenido en el grupo o asociación que ejecutó la actividad.

Igualmente el proponente deberá declarar bajo la gravedad de juramento que la experiencia que acredita corresponde al objeto del presente proceso, y que han sido desarrollados por él de manera directa.

El Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional – El Dispensario Médico de Cali, se reserva el derecho de verificar la información aportada, y no será tenida en cuenta aquella que se pueda establecer que no es cierta.

VERIFICACION DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE PARA LOS OFERENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO EN COLOMBIA Y PARA EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO

El proponente extranjero acreditará la experiencia requerida en la invitación pública, mediante el diligenciamiento del formulario "EXPERIENCIA DEL PROPONENTE", en su parte de "ACREDITACIÓN EXPERIENCIA PARA OFERENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO EN COLOMBIA".

Para el caso de personas naturales y jurídicas extranjeras, la experiencia debe acreditarse mediante certificaciones que den cuenta de esta por el 60% del valor del presupuesto del proceso expresada en salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) colombianos, por la ejecución de contratos y/o facturas cuyo objeto sean RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS EN OFTALMOLOGIA Para el efecto esta documentación deberá cumplir con los protocolos y formalidades para los documentos expedidos en el exterior.

Las constancias a través de las cuales se certifiquen los contratos deben contener la siguiente información:

1. Nombre o razón social del contratante y del contratista.
2. Objeto del contrato
3. Valor del contrato.
4. Plazo de ejecución
5. Cumplimiento y/o Calidad de la ejecución contractual
6. Indicación de la dirección comercial y teléfono del contratante o la del dueño del proyecto.

7. No se aceptan auto certificaciones.

Deberán aportarse las certificaciones y copias de los contratos que se harán valer como experiencia

2. FACTORES DE SELECCIÓN QUE PERMITAN IDENTIFICAR LA OFERTA MAS FAVORABLE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 94 DE LA LEY 1474 DE 2011 Y EL DECRETO 1082 DE 2015.

3.1. Parámetros generales para la verificación y calificación de los criterios de evaluación.

El cumplimiento de los requisitos y de la documentación solicitada se analizará de conformidad con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.1.5.2, numeral 4 del Decreto 1082 de 2015.

En desarrollo de lo establecido en dicho artículo, la Entidad dentro del plazo de verificación y evaluación de las propuestas, verificará el cumplimiento de los requisitos al oferente con el PRECIO MÁS BAJO, para lo cual se tendrán en cuenta las reglas de subsanabilidad.

En caso de que este no cumpla con los mismos, procederá la verificación del oferente ubicado en segundo lugar y así sucesivamente, se solicitarán aclaraciones dentro del término señalado en el proceso, para que se realice las aclaraciones, precisiones y/o allegue los documentos que se le requieran en relación con el oferente o la futura contratación, sin que con ello se pretenda adicionar, modificar o completar lo insubsanable**.**

CONCLUSIÓN POR LA EXPERIENCIA: El comité jurídico evaluador después de verificar la experiencia del oferente puede concluir que los documentos aportados son suficiente para continuar dentro del proceso, por esta razón CUMPLE CON LA EXPERIENCIA REQUERIDA.

Todos los antecedentes fueron verificados por este comité y evidencia que no presenta sanciones ni inhabilidades

CONCLUSIÓN.

- **NO CUMPLE, NO ALLEGO COPIA DE LAS 6 ÚLTIMAS PLANILLAS PAGADAS**, con relación a **CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**
- **NO CUMPLE NO DILIGENCIO DE MANERA ADECUADA EL FORMULARIO** N° 3 Compromiso anticorrupción; este formulario no debe ser modificado si no diligenciado,

  en su CLÁUSULA SEGUNDA.

  PAGOS REALIZADOS.

  EL PROPONENTE declara que para la elaboración y presentación de la presente propuesta ha realizado, o deberá realizar, únicamente los siguientes pagos, incluyen los pagos de bonificaciones o sumas adicionales al salario ordinario que puedan hacerse a sus propios empleados, representantes, agentes o asesores, o a los empleados, representantes, agentes o asesores de otras empresas, tanto públicos como privados:

BENEFICIARIO (Nombre del beneficiario del pago realizado o por realizar)	MONTO ($) (Valor del pago realizado o por realizar, en pesos corrientes)	CONCEPTO (Concepto del pago realizado o por realizar. En esta columna deben discriminarse de manera clara y detallada cada uno de los conceptos bajo los cuales se ha realizado cada pago, o el concepto por el cual se prevé que se realizará un gasto en el futuro, asociados en cualquiera de los casos a la presentación de la propuesta.)

En este caso se refiere si el oferente realizo algún pago por elaboración y presentación de la presente propuesta

En el siguiente párrafo

"En caso de resultar favorecida su propuesta EL PROPONENTE realizará únicamente los siguientes pagos contractuales: (pólizas exigidas)". ***(se refiere a las pólizas derivadas del proceso).***

- No allego certificación emitida por la ARL, persona competente con relación a **EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA PROVEEDORES**

ITEMS	FIRMA	ESTADO
1	CLINICA OFTALMOLOGICA DE BUGA LTDA. Nit: 900207482-1	**NO CUMPLE JURIDICAMENTE** PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA N°. 226-DIGSA/DMCAL-2023



ABG. CAROLINA ESTER PERTUZ PANA
COMITÉ JURIDICO EVALUADOR

DOCUMENTO ORIGINAL FIRMADO