

INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA DEFINITIVO

MODALIDAD DE SELECCIÓN: MÍNIMA - CUANTÍA NÚMERO: MC-008-2023

OBJETO: CONTRATAR EL SERVICIO DE EXAMENES OCUPACIONALES Y EXAMENES PERIODICOS PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA CDMB PARA EL AÑO 2023. (SG-GETH-SST-036)

FECHA: 23 DE MAYO DE 2023.

Para efectos de la evaluación de los requisitos TECNICOS, se procede de conformidad a lo dispuesto en los estudios previos, la invitación publica, observaciones presentadas en el proceso y las ofertas.

1. GESTIMEDIC IPS EU.

A. REQUISITOS DE ORDEN TÉCNICO

| PROPONENTE            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL PROPONENTE | GESTIMEDIC IPS EU<br>N.I.T. 900.205.284-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | REPRESENTANTE LEGAL: LUZ ADRIANA ORTIZ RAMIREZ<br>CEDULA: 31.980.619                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIRECCIÓN: CARRERA 32 No. 49-68<br>TELÉFONO: 3008508053<br>Correo electrónico: <a href="mailto:gerencia_crc@hotmail.com">gerencia_crc@hotmail.com</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| EXPERIENCIA GENERAL   | EXPERIENCIA MINIMA DEL PROPONENTE:<br><br>El proponente debe acreditar un (1) contrato celebrado, ejecutado y liquidado, cuyo objeto contemple la realización de exámenes médicos ocupacionales cuyo valor sea igual o superior al 100% del presupuesto oficial.<br>Validez de la acreditación de la experiencia:<br><br>Nota 1: En caso de presentarse oferta para el presente proceso en consorcios o uniones temporales, la experiencia habilitante se afectará por los porcentajes de participación.<br>Nota 2: En caso de presentarse, los contratos presentados para la experiencia general y específica deben ser diferentes.<br>Nota 3. Los valores para acreditar experiencia se actualizarán en SMLMV.<br>Nota 4. El proponente deberá diligenciar el Anexo VIII, denominado Formato Experiencia del Proponente | ACREDITACIÓN DEL REQUISITO<br><br>Para acreditar la experiencia, es necesario cumplir con alguno de los siguientes documentos:<br>Para contratos estatales:<br><br>a. Certificación expedida por la entidad primaria contratante, en la cual conste el objeto y datos generales del contrato, y el estado actual del contrato.<br>y/o<br>b. Contrato, y acta de liquidación.<br><br>Para contratos privados o celebrados y ejecutados con particulares:<br><br>El oferente deberá anexar factura con los requisitos legales y certificación o contrato.<br><br>En caso de no encontrarse toda la información solicitada en la invitación, se requerirá documentación adicional.<br><br>Nota: Los formatos deberán acompañarse de los documentos que respalden las Experiencias de acuerdo con lo solicitado. | CUMPLE                                                                                                                                                | El proponente adjunta el formato de Experiencia mínima del Proponente.<br><br>Adjunta formato de experiencia donde se relaciona en primer lugar el contrato No 004039 celebrado con la EMPRESA PUBLICA DE ALCANTARILLADO DE SANTANDER E.S.P S.A. EMPAS S.A por valor de \$ 60.000.000, cuyo objeto es acorde a lo requerido. Adjunta contrato y acta de liquidación.<br><br>Cumple con los requisitos de Experiencia mínima del proponente. |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVICIOS<br/>PRESTADOS<br/>HABILITADOS</b> | Se debe acreditar tener los siguientes servicios habilitados.<br><br>a) 337 Optometría<br>b) 344 Psicología<br>c) 407 Medicina del trabajo diagnostico<br>d) 706 Laboratorio Clínico<br>e) 740 Fonoaudiología<br>f) 131 Hospitalización en salud mental.<br>g) 345 Psiquiatría<br>h) 714 Servicio farmacéuticos<br>i) 333 Nutrición y dietética | Acreditación según el numeral b.2 y b.2.1 | <b>CUMPLE</b> | <p>El oferente cumple con la totalidad de servicios habilitados para prestar. Cabe aclarar que se adjunta varios servicios acreditados por dos entidades adicionales PROSYNERGO S.A.S. y ASOCIACION HACIA UN MEJOR FUTURO. Adjunta contrato de prestación de servicios con cada empresa y certificación laboral actual, se adjunta resolución de prestación de servicios expedida por la Secretaria de Salud Departamental a cada empresa que acreditar los servicios. Se verificaron los servicios habilitados a cada empresa, encontrando el distintivo de cada servicio requerido por la entidad.</p> <p>CUMPLE con los servicios habilitados a prestar solicitados en la invitación pública.</p> |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| PERSONAL MINIMO – EQUIPO DE TRABAJO     | <p>El proponente, deberá acreditar en la propuesta disponibilidad de la totalidad del equipo de trabajo necesario para realizar el objeto y alcance del contrato conforme al presupuesto y ficha técnica establecida en la presente invitación, equipo el cual deberá mantener constantemente y con disponibilidad del 100%. El Proponente deberá anexar los soportes exigidos en el perfil mínimo requerido para el personal propuesto y los oficios de intención firmados por cada uno de ellos.</p> <table><tr><th>CANTID AD</th><th>FORMACION</th></tr><tr><td>2</td><td>Médico general con especialización en salud ocupacional y licencia en salud ocupacional vigente, expedida por la secretaria de salud departamental.</td></tr><tr><td>1</td><td>Profesional de Fonoaudiología</td></tr><tr><td>1</td><td>Profesional Optómetra</td></tr><tr><td>1</td><td>Profesional en Psicología</td></tr></table> | CANTID AD                                                                                                                                                                                                                                                                        | FORMACION | 2                                                                                             | Médico general con especialización en salud ocupacional y licencia en salud ocupacional vigente, expedida por la secretaria de salud departamental. | 1 | Profesional de Fonoaudiología | 1 | Profesional Optómetra | 1 | Profesional en Psicología | <p><b>ACREDITACIÓN DEL PERSONAL QUE CONFORMA EL EQUIPO DE TRABAJO</b></p> <p><b>Acreditación Formación académica y Experiencia General</b></p> <p><b>Hoja de Vida</b><br/>El proponente deberá anexar la hoja de vida del personal, debidamente firmada, acompañada de los soportes académicos y laborales. La información consignada en la hoja de vida, debe corresponder con la información contenida en los soportes académicos y laborales allegados, de lo contrario no será válida la experiencia acreditada. Deberá diligenciar el anexo correspondiente a Formato experiencia del personal- Equipo de Trabajo</p> <p><b>Formación académica y especializaciones</b><br/><br/>La formación académica del personal profesional se acreditará así: Diploma de pregrado o acta de grado, matrícula profesional o su equivalente y certificado de vigencia de la matrícula profesional expedida por el consejo respectivo (si aplica), con el fin de verificar que el profesional no tiene sanciones y su matrícula no ha sido cancelada.</p> <p>Tratándose de títulos obtenidos en el exterior y mediante los cuales se pretenda habilitar un profesional, estos deberán estar debidamente homologados ante el Ministerio de Educación Nacional, de acuerdo con la reglamentación vigente. El proponente debe anexar copia de la respectiva resolución de validación de los estudios y títulos académicos expedida por el Ministerio de Educación Nacional, en caso contrario los títulos no serán válidos.</p> | CUMPLE | <p><b>MEDICO GENERAL 1:</b> Adjunta como Médico General con Especialización en Salud Ocupacional a FERNANDO AUGUSTO TELLEZ MARIN identificado con CC No 91.227.682, quien aporta los documentos para acreditar lo requerido. Adjunta carta de intención. CUMPLE los requisitos de acreditación.</p> <p><b>MEDICO GENERAL 2:</b> Adjunta como Médico General con Especialización en Salud Ocupacional a ROSI ALEJANDRA PRADA GARCÍA identificado con CC No 63.561.855. Adjunta carta de intención. CUMPLE con la totalidad de los requisitos de acreditación requeridos.</p> <p><b>FONOAUDIOLOGA:</b> Adjunta a VALERIA ANDREA VALDERRANA DIAZ identificada con CC No 1.098.797.857 quien aporta los documentos para acreditar lo solicitado. Adjunta carta de intención. CUMPLE los requisitos de acreditación.</p> <p><b>OPTOMETRA:</b> Adjunta a MARIA JOSE ARCHILA TAPIAS identificada con CC No 1.098.409.083 quien aporta los documentos para acreditar lo solicitado. CUMPLE el perfil requerido. Adjunta carta de intención.</p> <p><b>PSICOLOGO:</b> Adjunta a LYDA QUINTANA QUINTANA identificado con CC No 1.098.751.290 quien aporta los documentos para acreditar lo solicitado. Adjunta carta de intención. CUMPLE los requisitos de acreditación.</p> <p>El oferente CUMPLE ya que aporta todos los documentos de acreditación solicitados para el personal mínimo de trabajo.</p> |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|---|-----------------------|---|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CANTID AD                               | FORMACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |   |                               |   |                       |   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2                                       | Médico general con especialización en salud ocupacional y licencia en salud ocupacional vigente, expedida por la secretaria de salud departamental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |   |                               |   |                       |   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1                                       | Profesional de Fonoaudiología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |   |                               |   |                       |   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1                                       | Profesional Optómetra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |   |                               |   |                       |   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1                                       | Profesional en Psicología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                               |                                                                                                                                                     |   |                               |   |                       |   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| VERIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS | <p><b>VERIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS Y ESPECIFICACIONES ESENCIALES DEL OBJETO A CONTRATAR.</b></p> <p>El proponente deberá diligenciar el Anexo FICHA TÉCNICA, relacionando las características, especificaciones y/o referencias de los productos, servicios o bienes a suministrar y la entidad verificará la consistencia de las especificaciones con respecto a las descritas en la Invitación Pública. Debe adjunta el formato de costos indirectos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>El proponente deberá diligenciar el Anexo COSTOS INDIRECTOS y Anexo FICHA TÉCNICA, relacionando las características, especificaciones y/o referencias de los productos, servicios o bienes a suministrar y la entidad verificará la consistencia de las especificaciones.</p> | CUMPLE    | <p>El Proponente adjunta El Anexo FICHA TÉCNICA y adjunta el FORMATO DE COSTOS INDIRECTOS</p> |                                                                                                                                                     |   |                               |   |                       |   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**VALOR OFERTA ECONOMICA:** El proponente Anexo el formato de PROPUESTA ECONÓMICA.

La PROPUESTA ECONÓMICA adjunta tiene un VALOR ANTES DE IVA de \$ 629.100, UN VALOR DE IVA DE \$ 119.529 y UN VALOR TOTAL DE \$ 748.629. La estructura del formato presupuesto no se modificó. Cumple con lo requerido.

El oferente **GESTIMEDIC IPS EU** con **N.I.T. 900.205.284-0** CUMPLE con la totalidad de los requisitos técnicos solicitados en la invitación pública.



**JOSE RAFAEL MANRIQUE**  
Contratista Externo