INFORME DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES

MÍNIMA CUANTÍA PROCESO No. SSYA-MC-004-2024

OBJETO:

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL PROCESO DE VALORACIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA".

FECHA: 20 DE MAYO DEL 2024

En el curso del proceso la Entidad recibió dos propuestas dentro del término señalado en el Cronograma del proceso así:

Nombre del Proponente	***Nit***	***Representante Legal***	***No. CC***
NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED SAS	900595190-9	PATRICIA VALENCIA ARIAS	63.330.750
E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO	890200500-9	NATALIA SOFIA OJEDA ORTIZ	1.047.370700

De acuerdo a lo establecido en la invitación pública, y a lo dispuesto en el numeral 4 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, se procederá a evaluar la oferta de menor precio, según registro emitido por la plataforma de SECOP II.

Referencia de oferta	Entidad	Evaluación	Presentada	Oferta
E.S.E. PSIQUIATRICO SAN CAMILO BMANGA LIDERES EN SALUD MENTAL	ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO	Oferta en evaluación	15/05/2024 2:43 PM	105.145.185 COP
OFERTA NEUROTRAUMA RLCPD BGA	Neurotrauma Center	Oferta en evaluación	15/05/2024 10:48 AM	105.145.185 COP

Como se evidencia en la lista de ofertas arrojada por SECOP II, al revisar el diligenciamiento y verificación de los valores unitarios ofertados por servicio con base en el total de los precios unitarios ofrecidos de menor valor, los dos proponentes presentaron el mismo valor, por consiguiente el día 17 de mayo del 2024, se publicó informe de evaluación preliminar y se solicitó subsanar requisitos habilitantes, una vez vencido el término, se procede a revisar los documentos allegados por los proponentes en la plataforma SECOP II.

INFORME DE EVALUACIÓN

No.	**REQUISITOS**	***E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO,***
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN JURÍDICO		
1.	**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.**	**CUMPLE**

2.	**FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANIA DEL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.**	**CUMPLE**
3.	**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO MERCANTIL, SEGÚN CASO.**	**NO CUMPLE** **(**No Allego Documento de certificado de existencia y representación legal**)**
4.	**AUTORIZACION PARA PRESENTAR OFERTAR Y CONTRATAR.**	**CUMPLE**
5.	**DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL. ANEXO MODELO DE ACUERDO DE CONSORCIO O UNION TEMPORAL.**	**N/A**
6.	**ACREDITACIÓN DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES PARAFISCALES. ANEXO ACREDITACIÓN DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.**	**NO CUMPLE** **(**Certificado de la junta central de contadores es del 2023)
7.	**VERIFICACIÓN ANTECEDENTES FISCALES CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**.	**CUMPLE**
8.	**VERIFICACIÓN ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.**	**CUMPLE**
9.	**VERIFICACIÓN DE ANTECENDENTES JUDICIALES. JUDICIALES POLICÍA NACIONAL.**	**CUMPLE**
10.	**VERIFICACIÓN DE ENCONTRARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS MULTAS DE LA LEY 1801 DE 2016 (CÓDIGO NACIONAL DE POLICIA Y CONVIVENCIA).**	**CUMPLE**
11.	**CERTIFICADO DE AUSENCIA DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O PROHIBICIONES PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.**	**CUMPLE**
12.	**REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM.**	**CUMPLE**
13.	**FORMATO - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**	**CUMPLE**
14.	**IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (RUT)**	**CUMPLE**
15.	**GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA**	**NO CUMPLE** **(En el documento de invitación se indicó que, la vigencia <u>será desde la presentación de la oferta, y el proponente allegó póliza con vigencia posterior a la presentación de la oferta)</u>**
16.	**ACREDITACIÓN MIPYME (EN CASO QUE EL PROCESO SEA LIMITADO A MIPYME).**	N/A

VERIFICACIÓN REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN TÉCNICO		
1	Experiencia del proponente	***CUMPLE***
2	Resolución, Certificación o documento respectivo donde se verifique la habilitación para prestar servicios como IPS.	***CUMPLE***
3.	Resolución de autorización como institución prestadora de servicios de salud para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad conforme a la resolución n 1239 del 21 de julio del 2022, dicha resolución deberá ser expedida por la Secretaria de Salud Departamental.	***CUMPLE***
4.	Contar con Servicios habilitados de medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, optometría, psicología, de acuerdo con las disciplinas que compongan el equipo multidisciplinarios. Este requisito se acreditará con la presentación de la constancia o documento de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud expedida por el grupo de acreditación de la Secretaria de Salud Departamentall.	***CUMPLE*** ***(HABILITADO MEDICINA GENERAL, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y TERAPIA OCUPACIONAL)***
5	Tener la Infraestructura técnica y tecnológica, en cuanto a la disposición de computadores y conectividad óptima para el cargue de la información; así como del apoyo administrativo y de recurso humano; que permitan llevar a cabo el procedimiento para el reporte de la información resultante de la valoración para certificación de discapacidad en el RLCPD, contenidos en la Resolución No. 1239 de 2022. Este requisito se acreditará con una certificación expedida por el representante legal donde certifique que cuenta con los mismos.	***CUMPLE***
6	Contar con la Capacidad logística que garantice la realización de las certificaciones de discapacidad, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1239 de 2022. Este requisito se acreditará con una certificación expedida por el representante legal donde certifique que cuenta con los mismos.	***CUMPLE***
7	Contar con el Certificado de Autorización de cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución No. 1239 de 2022 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, expedido por la Secretaría de Salud Municipal o Secretaria de Salud Departamental. (Resolución de Autorización como Institución Prestadora de Servicios de Salud para realizar el Procedimiento de Certificación de Discapacidad expedida por la Secretaria de Salud Departamental)	***CUMPLE***

8.	Personal Mínimo Requerido (Médico General y Profesionales del área de la salud)	***NO CUMPLE*** *(NO SE EVIDENCIA EN LOS PROFESIONALES ADRIANA AGUDELO Y SERGIO BAYONA LA EXPERIENCIA MINIMA REQUERIDA DE UN AÑO EN ACTIVIDADES DE VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD; LOS OTROS 4 PROFESIONALES SI CUMPLEN.)*
9.	Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo	**CUMPLE**

PROPUESTA ECONÓMICA

PRESUPUESTO OFICIAL DE LA ENTIDAD POR SUMATORIA DE PRECIOS UNITARIOS	**OFERTA ECONÓMICA PRESENTADA POR SUMATORIA DE PRECIOS UNITARIOS**	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE / NO CUMPLE**
$ 160.527	$160.527	Se observa que en la oferta presentada por el proponente en la casilla de ITEM, la relación esta diferente a la oferta económica publicada por la entidad, esto es. "*Valoración clínica multidisciplinaria simultánea intramural para certificación de discapacidad"* y el proponente ofreció "*Valoración clínica para certificación de discapacidad (en institución"*	**NO CUMPLE**

NOTA: Una vez revisada la propuesta del oferente **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO** identificado con el NIT N° **890200500-9** el COMITÉ EVALUADOR determina rechazar la oferta teniendo en cuenta las causales de rechazo de la invitación que consiste en: "*16. Cuando llamado a subsanar requisitos habilitantes, **no lo haga** o haciéndolo no los presentecompletos, o no los presente dentro del tiempo fijado en el cronograma para tal efecto."*

No.	**REQUISITOS**	***NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED SAS ,***
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN JURÍDICO		
1.	**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.**	**CUMPLE**
2.	**FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANIA DEL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.**	**CUMPLE**

3.	**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO MERCANTIL, SEGÚN CASO.**	**CUMPLE**
4.	**AUTORIZACION PARA PRESENTAR OFERTAR Y CONTRATAR.**	**CUMPLE**
5.	**DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL. ANEXO MODELO DE ACUERDO DE CONSORCIO O UNION TEMPORAL.**	**N/A**
6.	**ACREDITACIÓN DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES PARAFISCALES. ANEXO ACREDITACIÓN DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.**	**CUMPLE**
7.	**VERIFICACIÓN ANTECEDENTES FISCALES CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**.	**CUMPLE**
8.	**VERIFICACIÓN ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.**	**CUMPLE**
9.	**VERIFICACIÓN DE ANTECENDENTES JUDICIALES. JUDICIALES POLICÍA NACIONAL.**	**CUMPLE**
10.	**VERIFICACIÓN DE ENCONTRARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS MULTAS DE LA LEY 1801 DE 2016 (CÓDIGO NACIONAL DE POLICIA Y CONVIVENCIA).**	**CUMPLE**
11.	**CERTIFICADO DE AUSENCIA DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O PROHIBICIONES PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.**	**CUMPLE**
12.	**REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM.**	**CUMPLE**
13.	**FORMATO - COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**	**CUMPLE**
14.	**IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (RUT)**	**CUMPLE**
15.	**GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA**	**CUMPLE**
16.	**ACREDITACIÓN MIPYME (EN CASO QUE EL PROCESO SEA LIMITADO A MIPYME).**	N/A

VERIFICACIÓN REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN TÉCNICO

1	Experiencia del Proponente	**CUMPLE**

2	Resolución, Certificación o documento respectivo donde se verifique la habilitación para prestar servicios como IPS.	***CUMPLE***
3	Resolución de autorización como institución prestadora de servicios de salud para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad conforme a la resolución n 1239 del 21 de julio del 2022, dicha resolución deberá ser expedida por la Secretaria de Salud Departamental.	***CUMPLE***
4	Contar con Servicios habilitados de medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, optometría, psicología, de acuerdo con las disciplinas que compongan el equipo multidisciplinarios. Este requisito se acreditará con la presentación de la constancia o documento de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud expedida por el grupo de acreditación de la Secretaria de Salud DepartamentalI.	***CUMPLE*** ***SERVICIOS HABILITADOS DE ENFERMERIA, MEDICINA GENERAL, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.***
5	Tener la Infraestructura técnica y tecnológica, en cuanto a la disposición de computadores y conectividad óptima para el cargue de la información; así como del apoyo administrativo y de recurso humano; que permitan llevar a cabo el procedimiento para el reporte de la información resultante de la valoración para certificación de discapacidad en el RLCPD, contenidos en la Resolución No. 1239 de 2022. Este requisito se acreditará con una certificación expedida por el representante legal donde certifique que cuenta con los mismos.	***CUMPLE***
6	Contar con la Capacidad logística que garantice la realización de las certificaciones de discapacidad, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1239 de 2022. Este requisito se acreditará con una certificación expedida por el representante legal donde certifique que cuenta con los mismos.	***CUMPLE***
7	Contar con el Certificado de Autorización de cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución No. 1239 de 2022 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, expedido por la Secretaría de Salud Municipal o Secretaria de Salud Departamental. (Resolución de Autorización como Institución Prestadora de Servicios de Salud para realizar el Procedimiento de Certificación de Discapacidad expedida por la Secretaria de Salud Departamental)	***CUMPLE***
8	Personal Mínimo Requerido (Médico General y Profesionales del área de la salud)	**CUMPLE**
9	Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo	**CUMPLE**

PROPUESTA ECONÓMICA

PRESUPUESTO OFICIAL DE LA ENTIDAD POR SUMATORIA DE PRECIOS UNITARIOS	OFERTA ECONÓMICA PRESENTADA POR SUMATORIA DE PRECIOS UNITARIOS	OBSERVACIÓN	CUMPLE / NO CUMPLE
$ 160.527	$160.527	La oferta económica presentada por NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED SAS ha sido verificada y cumple con las condiciones establecidas en la Invitación Pública. Se ha constatado que los valores presentados en el SECOP II coinciden con los indicados en el formato de oferta económica, garantizando así la transparencia y coherencia requeridas en el proceso.	**CUMPLE**

Una vez analizados los documentos aportados en calidad de subsanación por parte del oferente **NEUROTRAUMA, CENTER & CUIDAMED S.A.S**, identificado con el Nit N° 900595190-9, observamos cumplimiento.

Por consiguiente, el comité evaluador se permite indicar que los documentos aportados en la subsanación cumplen con los requisitos habilitantes, en orden jurídico, técnico, de experiencia y económicos requeridos en la invitación pública. Por esta razón, el comité recomienda al ordenador del gasto adjudicar el proceso de selección Mínima Cuantía SSYA-MC-004-2024 al proponente **NEUROTRAUMA, CENTER & CUIDAMED S.A.S**, identificado con el Nit N° 900595190-9

Cordialmente

COMITÉ EVALUADOR

- ***ASPECTOS JURÍDICOS***

ORIGINAL FIRMADO

_____

LAURA MARCELA CORONADO CORREDOR
Abogada CPS Secretaría de Salud y Ambiente

- ***ASPECTOS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS***

ORIGINAL FIRMADO

_____

JULLIE ANDREA RUEDA CÁRDENAS
Profesional CPS Secretaría de Salud y Ambiente

- ***ASPECTOS TÉCNICOS***

ORIGINAL FIRMADO

_____

LINA ALEJANDRA QUIÑONEZ VEGA
Profesional CPS Secretaría de Salud y Ambiente