PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL

Bogotá D.C
20 de junio de 2024

Señor,
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
DIRECTOR (E) REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Asunto: Evaluación Jurídica definitiva Proceso de Contratación por Selección Abreviada de Menor Cuantía (Prestación de Servicios de Salud) No. SAMC-RDC-578-2024 –

Con toda atención nos dirigimos al Sr. Gerardo Arturo Medina Rosas, en su calidad de delegatario del gasto, con el propósito de presentar la evaluación definitiva de carácter jurídico en elmarco del proceso del asunto, así:

FECHA DE CIERRE: 18/06/2024

1. **OFERENTE:** CLÍNICA MARLY S.A.
   NIT: 860.002.541-2
   REPRESENTANTE LEGAL: LUIS EDUARDO CAVELIER CASTRO
   C.C.: 19.403.078

MIEMBROS DEL OFERENTE PLURAL (Cuando Aplique)	**No aplica**
Lotes a los cuales presenta oferta (Cuando Aplique)	LOTE 1: 11_1010_209 Prestar los servicios integrales en urgencias, hospitalización (habitación unipersonal o bipersonal, según la disponibilidad de la clínica, se excluye suite o apartamento); unidad de cuidado intensivo; oncología (unidad de quimioterapia); cirugía cardiovascular; enfermedad coronaria; hemodinamia y cardiología intervencionista; unidad renal (paciente agudo); consulta externa en especialidades y subespecialidades como medicina interna (dermatología, endocrinología, alergología, psiquiatria, psicología, neurocirugía, enfermedades infecciosas, gastroenterología,

	endoscopia digestiva hemato_oncología, reumatología, neumología, neurología, nefrología), cirugía general (oftalmología, otorrinolaringología), clínica de dolor, ginecología, ortopedia y traumatología, pediatría, rehabilitación física (fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional), anestesiología, medicina nuclear, nutrición, laboratorio vascular no invasivo, laboratorio clínico, anatomía patológica, banco de sangre, trasplante medula osea, video capsula endoscópica, endoscopia con balón, uretroscopia flexible, optometría, urología, electrofisiología, litotricia extracorpórea, laboratorio de sueño, urodinamia y demás exámenes y servicios que ofrezca en su portafolio de servicios a los beneficiarios afiliados al servicio médico asistencial del sena dirección general y regional distrito capital.
REQUISITOS HABILITANTES	
MANIFESTACIÓN DE INTERES	- **CUMPLE** El proponente manifiesta interés a través de la plataforma transaccional SECOP II el 28/05/2024 a las 5:07 PM
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (FORMATO 01)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 1 debidamente diligenciado.
PODER (EN LOS CASOS QUE SE ACTÚE POR MEDIO DE UN APODERADO)	- **N/A**
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL O CERTIFICADO EJERCICIO DE PROFESIONALES LIBERALES - Fecha de expedición - Vigencia	- **CUMPLE** El proponente aporta Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Cámara de Comercio de Bogotá. **Fecha de expedición:** 04 de junio de 2024 **Vigencia:** La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 2028. **Objeto social:** La sociedad tiene por objeto social, a) La prestación de servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos, radiológicos y farmacéuticos, etc., tanto generales, corno especializados, incluyendo este objeto social, entre otras actividades médicas asistenciales y sin que esta mención explícita se entienda con carácter limitativo, la prestación de servicios de medicina en el campo de la seguridad y la salud en el trabajo; comprendiendo todos aquellos servicios que son propios de una institución de salud y la celebración de los contratos que al efecto se requieran **Representante legal y facultades para contratar:** Luis Eduardo Cavelier- Gerente. *“5. Celebrar cualquier clase de contratos relativos al objeto social”.* - **Validación código de verificación único:** A249551783BF2C,

- Objeto social - Representante legal y facultades para contratar - Validación código de verificación único Personas jurídicas extranjeras (si aplica)	
ACREDITACIÓN SOCIOS QUE CONFORMAN LA SOCIEDAD (FORMATO 2)	- EVALUACIÓN INICIAL: El proponente aporta el formato No. 2, debidamente diligenciado, sin embargo, en el documento no se evidencia la asignación del 100 % de las acciones de la sociedad. Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida. - <u>EVALUACIÓN TRAS SUBSANACIÓN</u>: El oferente aporta el formato No. 2, debidamente diligenciado se evidencia la asignación del 100 % delas acciones de la sociedad, subsanó correctamente

CONSORCIOS,UNIONES TEMPORALES Y/U OTRA FORMA DE ASOCIACIÓN (Para los efectos, deberá seguir el modelo de los Formatos 2A Y 2B según sea el caso) - Forma de unión - Identificación de los miembros del oferente plural - Designación Representante y Suplente	- **N/A**

- Porcentajes de participación - Duración de la forma asociativa Verificación presentación de la oferta desde la cuenta de oferente plural	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL.	- **CUMPLE** El proponente aporta cédula de ciudadanía del representante legal
PACTO DE TRANSPARENCIA (FORMATO 3)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 3 debidamente diligenciado
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA (FORMATO 4)	- EVALUACIÓN INICIAL: El proponente aporta formato No. 4, sin embargo, el proponente no aporta lo indicado en el estudio previo respecto *"… La certificación se deberá acompañar con copia del documento de identidad (cedula de ciudadanía), la tarjeta profesional que acredite la calidad de contador de quién la suscribe y copia de la certificación de la Junta Central de Contadores sobre la vigencia de la tarjeta profesional"* Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación referente al revisor fiscal que suscribe la certificación. EVALUACIÓN TRAS SUBSANACIÓN: El proponente aporta formato No. 4 junto con copia del documento de identidad (cedula de ciudadanía), la tarjeta profesional que acredite la calidad de contador de quién la suscribe y copia de la certificación de la Junta Central de Contadores sobre la vigencia de la tarjeta profesional. El proponente logró subsanar y en consecuencia **CUMPLE.** *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expedientes el día diecinueve (19) de junio de dos mil veinticuatro (2024).

CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL (Declaración juramentada de pagos correspondientes a los sistemas de seguridad social y aportes parafiscales) (FORMATO 4A)	- **N/A**
VERIFICACIÓNDE ANTECEDENTES JUDICIALES, MEDIDAS CORRECTIVAS, FISCALES Y DISCIPLINARIOS	- **CUMPLE** - Verificado por el comité jurídico evaluador: **CUMPLE** ✓ Contraloı Contraloı ✓ Procurad Procurad ✓ Policía N ✓ Personería Distrital de Bogotá: (**CUMPLE**) *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expedientes el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
APLICACIÓN DE NORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (FORMATO 8).	- **CUMPLE** El proponente aporta formato No. 8 debidamente diligenciado.

VERIFICACIÓN REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD (FORMATO 09).	- **CUMPLE** El proponente aporta formato No. 9 debidamente diligenciado. *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expediente el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICACIÓN BANCARIA	- **CUMPLE** El proponente aporta certificación bancaria del cuatro (4) de abril del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	- EVALUACIÓN INICIAL El proponente aporta RUT con fecha superior a treinta (30) días calendario: 04-01-2024 El estudio previo al respecto indica: *"En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, los proponentes deberán anexar a su propuesta el Registro Único Tributario "RUT", expedido por la Dirección de impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, con fecha de generación del PDF no superior a treinta (30) días calendario"* Para subsanar, el proponente deberá aportar el RUT con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario. EVALUACIÓN TRAS SUBSANACIÓN El proponente junto con su subsanación presenta Registro Único Tributario de fecha 04 de junio de 2024, logrando así subsanar lo indicado en la evaluación jurídica inicial, en consecuencia, **CUMPLE**
CERTIFICACIÓN REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTICIOS - REDAM	- EVALUACIÓN INICIAL El proponente no aporta certificado REDAM en los términos establecidos en el estudio previo, que indica: "*El proponente deberá presentar certificación registro de deudores alimenticios del representante legal del proponente con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario*". Para subsanar, el proponente deberá aportar certificación registro de deudores alimenticios del representante legal en los términos señalados en el estudio previo.

	EVALUACIÓN TRAS SUBSANACIÓN El proponente junto con los documentos de la subsanación aportó el certificado REDAM del representante legal, el cual fue validado de manera oficiosa por la Entidad el día diecinueve (19) de junio de dos mil veinticuatro (2024). El proponente logró subsanar y en consecuencia **CUMPLE**
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	- **CUMPLE** TOMADOR: CLÍNICA MARLY S.A. ASEGURADO BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL. MONTO: $142.049.840,72 VIGENCIA: Desde 07/06/2024 hasta 07/09/2024
REQUISITO HABILITANTE DIFERENCIAL	- **N/A**
CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT	- **CUMPLE** El proponente aporta RIT de fecha cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).
AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS (FORMATO 16)	- **CUMPLE** El proponente aporta formato No. 16 debidamente diligenciado.

CONCLUSIÓN: El proponente logró subsanar los ítems indicados en la evaluación preliminar, y en consecuencia se encuentra **HABILITADO JURÍDICAMENTE**

---

2. **OFERENTE:** CORPORACIÓN SALUD UN
   NIT: 900.578.105.-0

REPRESENTANTE LEGAL: OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE
C.C.: 7.224.090

MIEMBROS DEL OFERENTE PLURAL (Cuando Aplique)	**No aplica**
Lotes a los cuales presenta oferta (Cuando Aplique)	LOTE 1: 11_1010_209 Prestar los servicios integrales en urgencias, hospitalización (habitación unipersonal o bipersonal, según la disponibilidad de la clínica, se excluye suite o apartamento); unidad de cuidado intensivo; oncología (unidad de quimioterapia); cirugía cardiovascular; enfermedad coronaria; hemodinamia y cardiología intervencionista; unidad renal (paciente agudo); consulta externa en especialidades y subespecialidades como medicina interna (dermatología, endocrinología, alergología, psiquiatria, psicología, neurocirugía, enfermedades infecciosas, gastroenterología, endoscopia digestiva hemato_oncología, reumatología, neumología, neurología, nefrología), cirugía general (oftalmología, otorrinolaringología), clínica de dolor, ginecología, ortopedia y traumatología, pediatría, rehabilitación física (fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional), anestesiología, medicina nuclear, nutrición, laboratorio vascular no invasivo, laboratorio clínico, anatomía patológica, banco de sangre, trasplante medula osea, video capsula endoscópica, endoscopia con balón, uretroscopia flexible, optometría, urología, electrofisiología, litotricia extracorpórea, laboratorio de sueño, urodinamia y demás exámenes y servicios que ofrezca en su portafolio de servicios a los beneficiarios afiliados al servicio médico asistencial del sena dirección general y regional distrito capital.
REQUISITOS HABILITANTES	
MANIFESTACIÓN DE INTERES	- **CUMPLE** El proponente manifiesta interés a través de la plataforma transaccional SECOP II el 28/05/2024 a las 5:47 PM
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (FORMATO 01)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 1 debidamente diligenciado.
PODER (EN LOS CASOS QUE SE ACTÚE POR MEDIO DE UN APODERADO)	- **N/A**

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL O CERTIFICADO EJERCICIO DE PROFESIONALES LIBERALES - Fecha de expedición - Vigencia - Objeto social - Representante legal y facultades para contratar - Validación código de verificación único - Personas jurídicasextranjeras (si aplica)	- **CUMPLE** **Expedición:** 30 de mayo de 2024. **Duración de la sociedad:** N/A **Objeto social relacionado:** "… El objeto de la Corporación será la prestación de servicios de salud dirigidos a la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con criterios de eficiencia, eficacia, promoción, protección y recuperación de la salud **Facultades del representante legal:** *3. Celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los propósitos de la corporación, respetando el nivel de delegación que reciba.* (…) **Validación código de verificación único:** NO APLICA, por tratarse de un certificado emitido por LA SUBDIRECCIÓN DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C.
ACREDITACIÓN SOCIOS QUE CONFORMAN LA SOCIEDAD (FORMATO 2)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 2 debidamente diligenciado.

CONSORCIOS,UNIONES TEMPORALES Y/U OTRA FORMA DE ASOCIACIÓN (Para los efectos, deberá seguir el modelo de los Formatos 2A Y 2B según sea el caso) - Forma de unión - Identificación de los miembros del oferente plural - Designación Representante y Suplente - Porcentajes de participación - Duración de la forma asociativa - Verificación presentaciónde la oferta desde la cuenta de oferente plural	- **N/A**
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL.	- **CUMPLE** El proponente aporta documento de identificación del representante legal

PACTO DE TRANSPARENCIA (FORMATO 3)	- **NO CUMPLE** El proponente aporta formato No. 3 , sin embargo, se evidencia que el objeto contractual con el cual se diligencio el formato corresponde al LOTE 2 del presente proceso. “11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general.” Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA (FORMATO 4)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 4 debidamente diligenciado.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL (Declaración juramentada de pagos correspondientes a los sistemas de seguridad social y aportes parafiscales) (FORMATO 4A)	- **N/A**

VERIFICACIÓNDE ANTECEDENTES JUDICIALES, MEDIDAS CORRECTIVAS, FISCALES Y DISCIPLINARIOS	- **CUMPLE** Verificado por el comité jurídico evaluador: **CUMPLE** ✓ Contraloría, Representante Legal: (**CUMPLE**) Contraloría, Persona Jurídica: (**CUMPLE**) ✓ Procuraduría, Representante Legal: (**CUMPLE**) Procuraduría, Persona Jurídica: (**CUMPLE**) ✓ Policía Nacional, Representante: (**CUMPLE**) ✓ Personería Distrital de Bogotá: (**CUMPLE**) *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expedientes el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
APLICACIÓN DE NORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (FORMATO 8).	- **NO CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 8sin embargo, se evidencia que el objeto contractual con el cual se diligencio el formato corresponde al LOTE 2 del presente proceso. “11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general.” Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente.
VERIFICACIÓN REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD (FORMATO 09).	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 9 debidamente diligenciado *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expediente el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICACIÓN BANCARIA	- **CUMPLE** El proponente aporta certificación bancaria del cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	- **CUMPLE** El proponente aporta RUT de fecha treinta y uno (31) de mayo del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICACIÓN REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTICIOS - REDAM	- **CUMPLE** El proponente aporta certificado REDAM del representante legal de fecha veintinueve (29) de mayo del año dos mil veinticuatro (2024). Código Verificación: XFEJ2QSK9A
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	- **NO CUMPLE** TOMADOR: CORPORACIÓN SALUD UN ASEGURADO BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL. MONTO: $73.737.932,70 VIGENCIA: Desde 07/06/2024 hasta 11/09/2024 El proponente aporta póliza de seriedad de la oferta para el LOTE 2 del presente proceso: “11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general.” Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente.
REQUISITO HABILITANTE DIFERENCIAL	- **N/A**
CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT	- **CUMPLE** El proponente aporta RIT de fecha cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS (FORMATO 16)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato 16 debidamente diligenciado.

CONCLUSIÓN: El proponente no subsanó dentro del término de traslado de la evaluación jurídica preliminar, por lo que continúa como **NO HABILITADO JURÍDICAMENTE**.

3. **OFERENTE:** CORPORACIÓN SALUD UN
   NIT: 900.578.105.-0
   REPRESENTANTE LEGAL: OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE
   C.C.: 7.224.090

MIEMBROS DEL OFERENTE PLURAL (Cuando Aplique)	**No aplica**
Lotes a los cuales presenta oferta (Cuando Aplique)	LOTE 2: 11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general.

REQUISITOS HABILITANTES	
MANIFESTACIÓN DE INTERES	- **CUMPLE** El proponente manifiesta interés a través de la plataforma transaccional SECOP II el 28/05/2024 a las 5:47 PM

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (FORMATO 01)	- **CUMPLE** El proponente aporta del formato 01 debidamente diligenciado.
PODER (EN LOS CASOS QUE SE ACTÚE POR MEDIO DE UN APODERADO)	- **N/A**
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL O CERTIFICADO EJERCICIO DE PROFESIONALES LIBERALES - Fecha de expedición - Vigencia - Objeto social - Representante legal y facultades para contratar - Validación códigode verificaciónúnico Personas jurídicas extranjeras (si aplica)	- **CUMPLE** **Expedición:** 30 de mayo de 2024. **Duración de la sociedad:** N/A **Objeto social relacionado:** "… El objeto de la Corporación será la prestación de servicios de salud dirigidos a la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con criterios de eficiencia, eficacia, promoción, protección y recuperación de la salud **Facultades del representante legal:** *3. Celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los propósitos de la corporación, respetando el nivel de delegación que reciba.* (…) **Validación código de verificación único:** NO APLICA, por tratarse de un certificado emitido por LA SUBDIRECCIÓN DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C.

ACREDITACIÓN SOCIOS QUE CONFORMAN LA SOCIEDAD (FORMATO 2)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 2 debidamente diligenciado.
CONSORCIOS,UNIONES TEMPORALES Y/U OTRA FORMA DE ASOCIACIÓN (Para los efectos, deberá seguir el modelo de los Formatos 2A Y 2B según sea el caso) - Forma de unión - Identificación de los miembros del oferente plural - Designación Representante y Suplente - Porcentajes de participación - Duración de la forma asociativa - Verificación presentaciónde la oferta desde la cuenta de oferente plural	- **N/A**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL.	- **CUMPLE** El proponente aporta documento de identificación del representante legal
PACTO DE TRANSPARENCIA (FORMATO 3)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 3 debidamente diligenciado.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA (FORMATO 4)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 4 debidamente diligenciado.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL (Declaración juramentada de pagos correspondientes a los sistemas de seguridad social y aportes parafiscales) (FORMATO 4A)	- **N/A**

VERIFICACIÓNDE ANTECEDENTES JUDICIALES, MEDIDAS CORRECTIVAS, FISCALES Y DISCIPLINARIOS	- **CUMPLE** Verificado por el comité jurídico evaluador: **CUMPLE** ✓ Contraloría, Representante Legal: (**CUMPLE**) Contraloría, Persona Jurídica: (**CUMPLE**) ✓ Procuraduría, Representante Legal: (**CUMPLE**) Procuraduría, Persona Jurídica: (**CUMPLE**) ✓ Policía Nacional, Representante: (**CUMPLE**) ✓ Personería Distrital de Bogotá: (**CUMPLE**) *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expedientes el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
APLICACIÓN DE NORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (FORMATO 8).	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No 8 debidamente diligenciado.
VERIFICACIÓN REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD (FORMATO 09).	- **CUMPLE** El proponente aporta formato No. 9 debidamente diligenciado *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expediente el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).

CERTIFICACIÓN BANCARIA	- **CUMPLE** El proponente aporta certificación bancaria del cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	- **CUMPLE** El proponente aporta RUT de fecha treinta y uno (31) de mayo del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICACIÓN REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTICIOS - REDAM	- **CUMPLE** El proponente aporta certificado REDAM del representante legal de fecha veintinueve (29) de mayo del año dos mil veinticuatro (2024). Código Verificación: XFEJ2QSK9A
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	- **CUMPLE** **TOMADOR:** CORPORACIÓN SALUD UN **ASEGURADO BENEFICIARIO:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL. **MONTO:** $73.737.932,70 **VIGENCIA:** Desde 07/06/2024 hasta 11/09/2024
REQUISITO HABILITANTE DIFERENCIAL	- **N/A**
CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT	- **CUMPLE** El proponente aporta RIT de fecha cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS (FORMATO 16)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 16 debidamente diligenciado.

CONCLUSIÓN: HABILITADO JURÍDICAMENTE.

4. **OFERENTE:** CONGREGACIÓN DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA – CLÍNICA NUEVA
   NIT: 860.010.783-1
   REPRESENTANTE LEGAL: RODRIGO IGNACIO QUIJANO VARGAS
   C.C.: 19.471.383

LOTE AL QUE SE PRESENTA:

ESTUDIOS PREVIOS punto 19.1.1

MIEMBROS DEL OFERENTE PLURAL (Cuando Aplique)	**No aplica**
Lotes a los cuales presenta oferta (Cuando Aplique)	LOTE 3: 11_1010_213 Prestar los servicios integrales en urgencias, hospitalización (habitación unipersonal o bipersonal, según la disponibilidad de la clínica, se excluye suite o apartamento); unidad de cuidado intensivo; unidad renal; consulta externa en diferentes especialidades (la oferta de especialidades para el servicio de consulta externa puede variar, de acuerdo a la disponibilidad con la que cuente la clínica en el momento que se requiera el servicio; cirugía (cirugía de cabeza y cuello, cirugía oncológica, cirugía de seno, cirugía de hígado, vía biliar y páncreas, cirugía vascular y endovascular, cirugía mínimamente invasora),ortopedia y traumatología, , rehabilitación física (fisioterapia),anestesiología, nutrición y demás exámenes y servicios que ofrezca en su portafolio de servicios a los beneficiarios afiliados al servicio médico asistencial del sena dirección general y regional distrito capital.
REQUISITOS HABILITANTES	
MANIFESTACIÓN DE INTERES	- **CUMPLE** El proponente manifiesta interés a través de la plataforma transaccional SECOP II el 28/05/2024 a las 7:51 PM

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (FORMATO 01)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 1 debidamente diligenciado.
PODER (EN LOS CASOS QUE SE ACTÚE POR MEDIO DE UN APODERADO)	- **N/A**
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL O CERTIFICADO EJERCICIO DE PROFESIONALES LIBERALES - Fecha de expedición - Vigencia - Objeto social - Representante legal y facultades para contratar - Validación código de verificación único Personas jurídicas extranjeras (si aplica)	- **NO CUMPLE** **Expedición:** tres (3) de abril de 2024. Si bien dentro del Estudio Previo se exige que el Certificado de Existencia y Representación Legal con una fecha de expedición mayor a 30 días contados de manera retroactiva a la fecha y hora de cierre del proceso, el certificado aportado por el oferente y expedido por la SUBDIRECCIÓN DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C., cuenta con una vigencia de 90 días, por lo cual se avala el certificado aportado. **Duración de la sociedad:** N/A **Objeto social relacionado:** "… Dentro de su objeto la CLINICA NUEVA podrá ampliar sus servicios a campos adicionales, como el médico-científico y cualesquiera otros en los cuales la Congregación propietaria de la Clínica, con la colaboración del personal a su servicio, puede hacer de la atención a los enfermos un medio de contribuir a que la salud …" **Facultades del representante legal:** *la Congregación confiere el poder, a RODRIGO IGNACIO QUIJANO VARGAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.471.383 de Bogotá como Director General, para representar todos los intereses de la Congregación vinculados a la Clínica Nueva de Bogotá, ante las autoridades administrativas y jurisdiccionales..* (…) El proponente adjunta copia de Escritura Publica Número 4351 del seis (6) de diciembre del año dos mil diecisiete (2017) otorgada en la Notaria Treinta y Dos (32) del Circulo de Bogotá, en la cual se confiere la siguiente atribución a *RODRIGO IGNACIO QUIJANO VARGAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.471.383 de:* "SEGUNDA: Celebrar los actos o contratos indispensables para el normal desarrollo y funcionamiento de las actividades de la CLINICA NUEVA …" **Validación código de verificación único:** NO APLICA, Por tratarse de un certificado emitido por SUBDIRECCIÓN DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C.

ACREDITACIÓN SOCIOS QUE CONFORMAN LA SOCIEDAD (FORMATO 2)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 2 debidamente diligenciado.
CONSORCIOS,UNIONES TEMPORALES Y/U OTRA FORMA DE ASOCIACIÓN (Para los efectos, deberá seguir el modelo de los Formatos 2A Y 2B según sea el caso) - Forma de unión - Identificación de los miembros del oferente plural - Designación Representante y Suplente - Porcentajes de participación - Duración de la forma asociativa Verificación presentación de la oferta desde la cuenta de oferente plural	- **N/A**
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL.	- **CUMPLE** El proponente aporta cédula de ciudadanía del representante legal

PACTO DE TRANSPARENCIA (FORMATO 3)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 3 debidamente diligenciado
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA (FORMATO 4)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 4 debidamente diligenciado.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL (Declaración juramentada de pagos correspondientes a los sistemas de seguridad social y aportes parafiscales) (FORMATO 4A)	- **N/A**
VERIFICACIÓNDE ANTECEDENTES JUDICIALES, MEDIDAS CORRECTIVAS, FISCALES Y DISCIPLINARIOS	- **CUMPLE** - Verificado por el comité jurídico evaluador: **CUMPLE**

	*La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expedientes el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
APLICACIÓN DE NORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (FORMATO 8).	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 8 debidamente diligenciado.
VERIFICACIÓN REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD (FORMATO 09).	- **NO CUMPLE** El proponente aporta el formato No 9 incompleto, se eliminó fecha de expedición de la cédula del representante legal. *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expediente el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024). Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente
CERTIFICACIÓN BANCARIA	- **CUMPLE** El proponente aporta certificación bancaria del dieciséis (16) de abril del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	- **CUMPLE** El proponente aporta RUT de fecha: 05 – 06 - 2024
CERTIFICACIÓN REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTICIOS - REDAM	- **CUMPLE** El proponente aporta certificado REDAM del representante legal de fecha cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024). Código Verificación: Z19HYRXJVU
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	- **CUMPLE** TOMADOR: CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA

	ASEGURADO BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL. MONTO: $ 15.388.784,16 VIGENCIA: Desde 07/06/2024 hasta 30/09/2024
REQUISITO HABILITANTE DIFERENCIAL	- **N/A**
CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT	- **CUMPLE** El proponente aporta RIT de fecha cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).
AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS (FORMATO 16)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato 16 debidamente diligenciado.

CONCLUSIÓN: El proponente no subsanó dentro del término de traslado, por lo que continúa como **NO HABILITADO JURÍDICAMENTE**

5. **OFERENTE:** CORPORACIÓN SALUD UN
   NIT: 900.578.105.-0
   REPRESENTANTE LEGAL: OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE
   C.C.: 7.224.090

MIEMBROS DEL OFERENTE PLURAL (Cuando Aplique)	**No aplica**
Lotes a los cuales presenta oferta (Cuando Aplique)	LOTE 3: 11_1010_213 Prestar los servicios integrales en urgencias, hospitalización (habitación unipersonal o bipersonal, según la disponibilidad de la clínica, se excluye suite o apartamento); unidad de cuidado intensivo; unidad renal; consulta externa en diferentes especialidades (la oferta de especialidades para el servicio de consulta externa puede variar, de acuerdo a la disponibilidad con la que cuente la clínica en el momento que se

	requiera el servicio; cirugía (cirugía de cabeza y cuello, cirugía oncológica, cirugía de seno, cirugía de hígado, vía biliar y páncreas, cirugía vascular y endovascular, cirugía mínimamente invasora),ortopedia y traumatología, , rehabilitación física (fisioterapia),anestesiología, nutrición y demás exámenes y servicios que ofrezca en su portafolio de servicios a los beneficiarios afiliados al servicio médico asistencial del sena dirección general y regional distrito capital.
REQUISITOS HABILITANTES	
MANIFESTACIÓN DE INTERES	- **CUMPLE** El proponente manifiesta interés a través de la plataforma transaccional SECOP II el 28/05/2024 a las 5:47 PM
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (FORMATO 01)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 1 debidamente diligenciado.
PODER (EN LOS CASOS QUE SE ACTÚE POR MEDIO DE UN APODERADO)	- **N/A**
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL O CERTIFICADO EJERCICIO DE PROFESIONALES LIBERALES - Fecha de expedición - Vigencia - Objeto social	- **CUMPLE** **Expedición:** 30 de mayo de 2024. **Duración de la sociedad:** N/A **Objeto social relacionado:** "… El objeto de la Corporación será la prestación de servicios de salud dirigidos a la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con criterios de eficiencia, eficacia, promoción, protección y recuperación de la salud **Facultades del representante legal:** *3. Celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los propósitos de la corporación, respetando el nivel de delegación que reciba.* (…) **Validación código de verificación único:** NO APLICA, por tratarse de un certificado emitido por LA SUBDIRECCIÓN DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C.

- Representante legal y facultades para contratar - Validación código de verificación único Personas jurídicas extranjeras (si aplica)	
ACREDITACIÓN SOCIOS QUE CONFORMAN LA SOCIEDAD (FORMATO 2)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 2 debidamente diligenciado.
CONSORCIOS,UNIONES TEMPORALES Y/U OTRA FORMA DE ASOCIACIÓN (Para los efectos, deberá seguir el modelo de los Formatos 2A Y 2B según sea el caso) - Forma de unión - Identificación de los miembros del oferente plural - Designación Representante y Suplente - Porcentajes de participación	- **N/A**

- Duración de la forma asociativa Verificación presentación de la oferta desde la cuenta de oferente plural	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL.	- **CUMPLE** El proponente aporta documento de identificación del representante legal
PACTO DE TRANSPARENCIA (FORMATO 3)	- **NO CUMPLE** El proponente aporta formato No. 3 , sin embargo, se evidencia que el objeto contractual con el cual se diligencio el formato corresponde al LOTE 2 del presente proceso. "11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general." Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA (FORMATO 4)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 4 debidamente diligenciado.
CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL (Declaración juramentada	- **N/A**

de pagos correspondientes a los sistemas de seguridad social y aportes parafiscales) (FORMATO 4A)	
VERIFICACIÓNDE ANTECEDENTES JUDICIALES, MEDIDAS CORRECTIVAS, FISCALES Y DISCIPLINARIOS	- **CUMPLE** Verificado por el comité jurídico evaluador: **CUMPLE** *La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expedientes el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
APLICACIÓN DE NORMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (FORMATO 8).	- **NO CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 8sin embargo, se evidencia que el objeto contractual con el cual se diligencio el formato corresponde al LOTE 2 del presente proceso. “11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general.” Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente.
VERIFICACIÓN REGISTRO DE INHABILIDADES POR	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato No. 9 debidamente diligenciado

DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD (FORMATO 09).	*La entidad de manera oficiosa realizó consulta de expediente el día once (11) de junio de dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICACIÓN BANCARIA	- **CUMPLE** El proponente aporta certificación bancaria del cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	- **CUMPLE** El proponente aporta RUT de fecha treinta y uno (31) de mayo del año dos mil veinticuatro (2024).
CERTIFICACIÓN REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTICIOS - REDAM	- **CUMPLE** El proponente aporta certificado REDAM del representante legal de fecha veintinueve (29) de mayo del año dos mil veinticuatro (2024). Código Verificación: XFEJ2QSK9A
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA	- **NO CUMPLE** TOMADOR: CORPORACIÓN SALUD UN ASEGURADO BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL. MONTO: $73.737.932,70 VIGENCIA: Desde 07/06/2024 hasta 11/09/2024 El proponente aporta póliza de seriedad de la oferta para el LOTE 2 del presente proceso: “11_1010_210 Prestar los servicios integrales en consulta y/o atención prioritaria, hospitalización, cirugias, quimioterapia y radioterapia, procedimientos, consulta externa especializada y subespecializada, exámenes de apoyo diagnóstico, laboratorio clinico y demás exámenes y servicios que ofrezcan en su portafolio de servicios para la atención de beneficiarios del servicio médico asistencial del sena de la regional distrito capital y dirección general.” Para subsanar, el proponente deberá aportar la documentación con la información requerida con el ajuste y/o aclaración correspondiente.

REQUISITO HABILITANTE DIFERENCIAL	- **N/A**
CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT	- **CUMPLE** El proponente aporta RIT de fecha cinco (5) de junio del año dos mil veinticuatro (2024).
AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS (FORMATO 16)	- **CUMPLE** El proponente aporta el formato 16 debidamente diligenciado.

CONCLUSIÓN: El proponente no subsanó dentro del término de traslado, por lo que continúa como **NO HABILITADO JURÍDICAMENTE**

FIRMA COMITÉ JURÍDICO EVALUADOR

Nombre: Juan Camilo Diaz Guevara
CC. 1.098.678.433
Cargo: Abogado Servicio Médico Asistencial Dirección General

Nombre: Jhan Carlo Espinosa Escobar
CC. 1.214.715.440
Cargo Abogado Contratista Grupo de Apoyo Administrativo Mixto Regional Distrito Capital

Nombre: Álvaro Sebastián Martínez Acosta
CC. 1.032.447.501
Cargo: Abogado Contratista Servicio Médico Asistencial Regional Distrito Capital