PROCESO					
GESTIÓN CONTRACTUAL					
NOMBRE DEL FORMATO					
INFORME DE EVALUACIÓN CONSOLIDADO					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

Octubre de 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	**X**	Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME DE EVALUACIÓN CONSOLIDADO

PROCESO NRO. MC-HIL-002-2026

OBJETO: 41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial.

PROPONENTE	EVALUACIÓN JURÍDICA	EVALUACIÓN FINANCIERA	EVALUACIÓN TÉCNICA	RESULTADO
SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE
CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

RECOMENDACIÓN AL ORDENADOR DEL GASTO

El Comité Evaluador designado mediante Comunicación interna 41-9-2026-006801 del 27 de febrero de 2026], recomienda al director regional del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, adjudicar el proceso de Mínima cuantía al proponente CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA NIT.900.299.522-1.

Lo anterior, toda vez que en virtud de los resultados obtenidos en la verificación de los requisitos habilitantes y ponderables el referido oferente dio cumplimiento a los criterios de selección definidos por la Entidad en el pliego de condiciones.

La presente recomendación es brindada a la luz de los principios que rigen los procedimientos de escogencia de los contratistas de las entidades estatales.

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 527 DE 1999, LOS EVALUADORES RECOMENDARON LA ADJUDICACIÓN A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL (MENSAJE DE DATOS), EL CUAL SE ENTIENDE COMO MÉTODO QUE (i) PERMITE IDENTIFICAR AL INICIADOR DE UN MENSAJE DE DATOS Y (ii) QUE INDICA QUE EL CONTENIDO REMITIDO CUENTA CON SU APROBACIÓN. LA FECHA DEL DOCUMENTO SERÁ LA QUE CONSTE EN LA PLATAFORMA.

Elaboró: Proyectó: Angela Pamela Racedo – Contratista, Area de contratación de la Dirección Regional

Aprobó: Luz Stella Ortiz Paladines, Profesional Área de Contabilidad - Aspecto Económico

Lida María Rodríguez Montero, Técnico G 03

German Darío Jiménez Jiménez, Contratista Grupo Regional Gestión del Talento Humano SMA

Erly Nereida Vaquiro Guarnizo, Contratista, Profesional en el proceso H & SI, Aspecto SST

Katherine Patiño Villarraga, Contratista; Dinamizadora Ambiental y Energética Regional

Víctor Eduardo Andrade Achury, Contratista; Abogado Dirección Regional SENA Huila

DIRECCION REGIONAL DEL SENA HUILA

EVALUACIÓN DE MENOR PRECIO Y VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS HABILITANTES

PROCESO DE CONTRATACION MINIMA CUANTIA No. MC-HIL-002-2026

***OBJETO**: 41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial.*

EVALUACIÓN FINAL Artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015 Estudio Previo Numeral 19.2 Factores de evaluación			
PROPONENTE	**IDENTIFICACIÓN**	**FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN**	**VALOR DE LA OFERTA**
SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.	900.477.525-7	3/03/2026 10:43	$ 100.000.000,00
CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA	900.299.522-1	3/03/2026 14:43	$ 100.000.000,00

PROPONENTE	**SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.**	**CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA**
FACTORES DE VERIFICACIÓN	**RESULTADO**	**RESULTADO**
OFERTA ECONÓMICA	**CUMPLE**	**CUMPLE**
REQUISITOS TÉCNICOS	**NO CUMPLE**	**CUMPLE**
REQUISITOS JURÍDICOS	**CUMPLE**	**CUMPLE**
CALIFICACIÓN	**NO CUMPLE**	**CUMPLE**

OBSERVACIÓN: Que vencido el término de un día hábil (09/03/2026), conforme lo señala el numeral 5º del Articulo 2.2.1.2.1.5.2. del decreto 1082 de 2015, La propuesta presentada por CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA NIT.900.299.522-1, CUMPLE con las exigencias legales y requisitos solicitados por la entidad, luego de la correspondiente verificación, la cual está habilitada en los factores económico, técnico y jurídico por cumplir con la totalidad de los requisitos exigidos en el PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No. MC-002-2026, razón por la cual, el Comité Evaluador recomienda al Ordenador del Gasto, adjudicarle el Proceso precitado que tiene por Objeto: "41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial".

Neiva, 11 de marzo de 2026

VERIFICACIÓN OFERTA ECONÓMICA

Luz Stella Ortiz Paladines
Profesional Área de Contabilidad - Aspecto Económico

VERIFICACIÓN OFERTA TÉCNICA

Lida María Rodríguez Montero
Técnico G 03

German Darío Jiménez Jiménez
Contratista Grupo Regional Gestión del Talento Humano SMA

Erly Nereida Vaquiro Guarnizo
Contratista, Profesional en el proceso H & SI, Aspecto SST

Katherine Patiño Villarraga
Contratista; Dinamizadora Ambiental y Energética Regional

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JURÍDICA

Víctor Eduardo Andrade Achury
Contratista; Abogado Dirección Regional SENA Huila,

DIRECCION REGIONAL DEL SENA HUILA
INFORME DE EVALUACIÓN ECONÓMICA
PROCESO DE CONTRATACION MINIMA CUANTIA No. MC-HIL-002-2026

OBJETO: *41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial.*

PROPONENTE	ANEXA		SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.	ANEXA		CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA
Identificación NIT o CC No.	SI	NO	NIT.900.477.525-7	SI	NO	NIT.900.299.522-1
VALOR TOTAL DE LA OFERTA			$ 100.000.000,00			$ 100.000.000,00
REQUISITO - SE VALIDA LA OFERTA ECONOMICA REGISTRADA EN SECOP II	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES Y RESULTADO	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES Y RESULTADO
El factor de selección de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, es el precio. Se tendrá en cuenta la propuesta que ofrezca MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO PARA LOS SERVICIOS RELACIONADOS SOBRE LAS TARIFAS ESTABLECIDAS, ACORDE AL FORMATO DE LA OFERTA ECONÓMICA. En la presentación de la propuesta el oferente deberá colocar un número entero, el cual corresponde al valor de porcentaje de descuento.	X		El oferente presento su oferta económica a traves de la platafoma Secop II, donde ofrece porcentaje de descuento para cada servicio requerido de acuerdo con el formato No. 8 y teniendo en cuenta que se trata de un contrato de servicios por monto agotable se pagara de acuerdo al precio y las condiciones pactadas.	X		El oferente presento su oferta económica a traves de la platafoma Secop II, donde ofrece porcentaje de descuento para 5 items los cuales se encuentran de acuerdo con el formato No. 8. y teniendo en cuenta que se trata de un contrato de servicios por monto agotable se pagara de acuerdo al precio y las condiciones pactadas.
Debe ofertar la totalidad de los ítems requeridos en la plataforma SECOP II, en las unidades medidas y cantidades requeridas. La oferta no debe omitir, variar, eliminar o modificar ningún ítem ni las cantidades o unidades de medida establecidas, so pena de rechazo	X		El proponente ofertó los ítems requeridos, según las especificaciones de cada uno de los servicios requeridos en el formato No. 8 establecidos en los estudios previos. Resultado: **CUMPLE**	X		El proponente ofertó los ítems requeridos, según las especificaciones de cada uno de los servicios requeridos en el formato No. 8 establecidos en los estudios previos. Resultado: **CUMPLE**
Se verificarán los valores contenidos en las ofertas, teniendo en cuenta los precios del análisis del mercado.	X		"Una vez cumplido el plazo establecido por la Entidad para presentar subsanación al informe de evaluacíon inicial, el proponente presento la aclaración requerida por el comité evaluador, anexando el listado de servicios y tarifas institucionales ofrecidas para el item No. 7 segun el formato 8 indicado por la Entidad tal como se evidencia en los documenos publicados en SECOP II. Por lo anterior el comite evaluador económico reviso la subsanación presentada por el oferente la cual cumple con las exigencias de los estudios previos. **Resultado: CUMPLE"**	X		"Una vez cumplido el plazo establecido por la Entidad para presentar subsanación al informe de evaluacíon inicial, el proponente presento la aclaración requerida por el comité evaluador, anexando el listado de servicios y tarifas institucionales ofrecidas para el item No. 7 segun el formato 8 indicado por la Entidad tal como se evidencia en los documenos publicados en SECOP II. Por lo anterior el comite evaluador económico reviso la subsanación presentada por el oferente la cual cumple con las exigencias de los estudios previos. **Resultado: CUMPLE"**
CALIFICACIÓN	**CUMPLE**			**CUMPLE**		

Neiva, 11 de marzo de 2026

Luz Stella Ortiz Paladines
Profesional Área de Contabilidad - Aspecto Económico

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

VERIFICACION ARITMENTICA Y DETERMINACIÓN DE MENOR PRECIO

PROCESO DE CONTRATACION MINIMA CUANTIA No. MC-HIL-002-2026

OBJETO: *41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial.*

ITEM	SERVICIOS REQUERIDOS	PRESUPUESTO OFICIAL UNITARIO	SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.	PRECIO IGUAL O INFERIOR AL PRESUPUESTO?	CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA	PRECIO IGUAL O INFERIOR AL PRESUPUESTO?
			PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO		PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO	
Listado de Servicios regulados a Tarifa SOAT:						
1	Consulta / Valoración	$ 44.900,00	22%	SI	15%	SI
	Sesiones con Terapista	$ 44.900,00	22%	SI	15%	SI
2	Consulta / Valoración	$ 44.900,00	23%	SI		SI
	Sesiones con Terapista	$ 44.900,00	23%	SI		SI
3	Consulta / Valoración	$ 44.900,00	15%	SI	25%	SI
	Sesiones con Terapista	$ 44.900,00	15%	SI	25%	SI
4	Consulta / Valoración	$ 44.900,00	12%	SI	25%	SI
	Sesiones con Terapista	$ 44.900,00	12%	SI	25%	SI
5	Valoración por Psicólogo	$ 47.900,00	12%	SI	2%	SI
	Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión	$ 43.200,00	12%	SI	2%	SI
B) Listado de Servicios regulados a Tarifa SENA:						
6	TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicos asesores, o especialistas.	$ 91.660,00	15%	SI	20%	SI
Listado de Servicios NO regulados a Tarifas SOAT, ni Tarifa SENA						
7	Las demás tipologías de terapias que el prestador tenga habilitadas y que eventualmente sean autorizados por los médicos especialistas y/o los médicos asesores del SENA.		Propia (40.000) 10%	SI	propias 5%	SI

Neiva, 11 de marzo de 2026

Luz Stella Ortiz Paladines

Profesional Área de Contabilidad - Aspecto Económico

REGIONAL HUILA
INFORME DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS TÉCNICOS HABILITANTES
PROCESO DE CONTRATACION MINIMA CUANTIA No. MC-HIL-002-2026

OBJETO: 41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial.

PROPONENTE	SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.				CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA			
Identificación C.C. o Nit No.	900.477.525-7				900.299.522-1			
REQUISITO	ANEXA SI	ANEXA NO	ANEXA INCOMPLETO	OBSERVACIONES Y RESULTADO	ANEXA SI	ANEXA NO	ANEXA INCOMPLETO	OBSERVACIONES Y RESULTADO
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE. FORMATO No. 5								
Formato No. 5 Experiencia del Proponente: El oferente debe diligenciar el Formato No.5 - Experiencia del proponente que acreditará su experiencia	X			El oferente aportó Formato Experiencia del Proponente, donde relaciona experiencia por valor superior al del presupuesto del presente proceso. **Resultado:Cumple**	X			El oferente aportó Formato Experiencia del Proponente, donde relaciona experiencia por valor superior al del presupuesto del presente proceso. **Resultado: Cumple**
Certificados de Experiencia, Actas de Liquidación o Terminación: El oferente debe allegar como mínimo una (1) Certificación, Acta de Recibo Final, Acta de Terminación o Acta de Liquidación de contratos entregados a satisfacción, con objeto contractual relacionado, similar o igual al objeto de presente proceso de contratación, o que demuestre haber ejecutado contratos acordes o similares a las especificaciones técnicas del presente estudio previo. El valor del contrato o la sumatorias de los contratos con los cuales acrediten la experiencia, deben tener un valor igual o superior a la cuantía del presupuesto oficial del presente proceso contractual.	X			El oferente aportó certificado de experiencia, en el cual relaciona experiencia por $1.566.671.205, con Positiva Compañía de Seguros S.A. **Resultado: Cumple**	X			No se evidenció que el oferente allegara el requisito de este literal. **Resultado: No Cumple** **SUBSANACIÓN**: Dentro del término establecido para subsanación, el oferente allegó Certificados de Experiencia con Medilaser y SENA, conforme a lo establecido en el requisito, que superan el valor establecido en el presupuesto. **Resultado: CUMPLE**
Copia de Facturación de Experiencia: Debe aportar copia de las respectivas facturas de venta o documentos equivalentes, de los contratos señalados en la certificación que acredita la experiencia. Si la experiencia es ejecutada por un Consorcio o Unión Temporal, sólo se tendrá en cuenta el porcentaje de participación. El SENA podrá solicitar la información adicional necesaria a fin de constatar la veracidad de la información y el cumplimiento de las exigencias del pliego de condiciones. **NOTA 1 -** Concordancia: La información consignada en el Formato de Experiencia deberá coincidir integralmente con la contenida en los Certificados de Experiencia y en las Copias de Facturación, correspondiente a los contratos aportados para acreditar experiencia. La experiencia para tener en cuenta será en contratos ejecutados y terminados a satisfacción, entendiéndose por ésta aquella en la cual el contratista no haya sido objeto de multas, declaratorias de incumplimiento o declaratoria de caducidad. En el evento en que alguna de dichas circunstancias se presente frente a la experiencia acreditada no se tendrá en cuenta el respectivo contrato. **NOTA 2 -** No se aceptan: • Certificaciones de contratos en donde se acredite que el servicio se realizó por intermedio de una cooperativa de trabajo asociado. • Documentos suscritos por supervisores o interventores. • Experiencia de Subcontratos o auto - certificaciones. • Copias de contratos.		X		El oferente allegó copia de facturas del contrato relacionado en la experiencia, por valor de $92.475.156,oo, sin embargo, únicamente el valor de $17.349.948, corresponde a experiencia relacionada con el objeto del presente proceso contractual. Debe subsanar allegando facturación relacionada con la prestación de servicios de terapias objeto del presente objeto contractual, y dar completitud con los soportes requeridos de facturación hasta el valor del presupuesto del proceso, que asciende a $100.000.000,oo. **Resultado: NO cumple.** **Nota:** En caso de subsanar a través de contratos diferentes al relacionado inicialmente como experiencia, debe ajustarse su concordancia en los requisitos: a) Formato No. 5 Experiencia del Proponent, y b) Certificados de Experiencia, Actas de Liquidación o Terminación. Esto conforme a lo establecido en la Nota 1 - Concordancia, del Literal "C" del requisito de Experiencia del proponente. **SUBSANACIÓN:** Dentro del término establecido para subsanación, el oferente allegó facturación adicional válida por $ 28.999.094, que sumada a la facturación inicialmente soportada, por $17.349.948, arroja un total de soportes de facturación de experiencia de $ 46.349.042. **Resultado: NO CUMPLE**	X			El oferente aportó copia de facturación por valor superior a los $100.000.000 de presupuesto del presente proceso, la cual está relacionada con el objeto del proceso contractual, contratos con Medilaser y SENA. **Resultado :Cumple.**
Atención Telefónica El Comité Evaluador verificará que los oferentes alleguen diligenciado el FORMATO No. 6, mediante el cual certifiquen que dispondrán de una LÍNEA TELEFÓNICA, POR MEDIO DE LA CUAL SE ATENDERÁ A LOS USUARIOS	X			El oferente relacionó línea telefónica, en su Formato No. 6 de Oferta Técnica, aunado a ello aportó Certificación de disponibilidad de línea telefónica. **Resultado: Cumple**	X			El oferente relacionó línea telefónica, en su Formato No. 6 de Oferta Técnica. **Resultado: Cumple**
Distintivos/ Habilitaciones El proponente deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos de habilitación ante la Secretaría de Salud Departamental del Huila, en su sede principal (Distintivos de habilitación y Licencias para prestar estos servicios, en cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019, Decreto 780 de 2016 y demás normas concordantes). Para lo cual deberá presentar copia del distintivo, certificación, y/o documento equivalente que acredite las habilitaciones para los servicios autorizados por el órgano competente, en calidad de prestador de servicios de salud, conforme a las Especificaciones Técnicas del objeto a contratar.	X			El oferente allegó Constancia de habilitación en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud. **Resultado: Cumple**	X			El oferente allegó Consulta Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, y los respectivos distintivos. **Resultado:Cumple**
Sede O Punto De Atención EL proponente deberá contar como mínimo con una sede o punto de atención, para los servicios objeto del presente proceso de selección, en la zona urbana del Municipio de Neiva, para lo cual el oferente deberá allegar junto con su propuesta documento, soporte que permita evidenciar que cuenta con lo descrito (Como: Resolución de Secretaría de Salud, Acta de seguimiento de Secretaría de Salud, Registro Único Tributario, Certificado de Cámara de Comercio, o Soporte equivalente, según corresponda).	X			El oferente cuenta con una sede en Neiva, relacionada como domicilio principal, conforme se evidencia en el Certificado de Existencia y Representación Legal: Calle 14 # 3 - 88 Barrio el Centro, Neiva - Huila. **Resultado:Cumple**	X			El oferente cuenta con una sede, relacionada como domicilio principal, conforme se evidencia en el Certificado de Existencia y Representación Legal: Calle 19 # 5A - 68 Barrio Quirinal, Neiva - Huila. **Resultado: Cumple**
Certificados De Calibración Certificados de calibración de los equipos de servicio médico utilizado, deben estar vigentes de acuerdo con las especificaciones del fabricante. Certificados de calibración: Debe allegar los Certificados de calibración y/o documento equivalente, que soporte que los equipos de servicio médico utilizados se encuentren con las debidas calibraciones vigentes, de acuerdo con las especificaciones del fabricante; cuya certificación debe contener las siguientes especificaciones: 1. Nombre y domicilio del laboratorio. 2. Identificación del documento. Debe tener un código único e intransferible que lo identifique. Por ejemplo, CC56-2021. 3. Nombre y domicilio del cliente. 4. Identificación del método usado. 5. Identificación del instrumento calibrado. Incluyendo el nombre del equipo, número de referencia, modelo, serie, entre otros. 6. Fecha de realización de la calibración. 7. Resultados de la calibración. 8. Nombres, funciones y firmas de los autorizadores. 9. Condiciones ambientales. Por ejemplo, la temperatura y la humedad. 10. Evidencia de la trazabilidad 11. Incertidumbre de la calibración y conformidad con especificaciones. La incertidumbre indica el rango en el que las mediciones pueden variar respecto al valor verdadero.	x			El ofernete en el término señalado para subsanar allega la certificacion de los equipos de acuerdo a las especificaciones requeridas. **Resultado: CUMPLE**	X			El oferente allega la certificacion de los equipos de acuerdo a las especificaciones requeridas. **Resultado: CUMPLE**
ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES TÉCNICAS. FORMATO No. 06								
El proponente debe ofertar los ítems requeridos en las unidades, medidas y cantidades requeridas. La oferta técnica no debe omitir, variar, eliminar o modificar el contenido de los ítems ni las especificaciones técnicas señaladas. diligenciar y firmar el Formato No.6 sobre el cumplimiento de estas.	X			El oferente allegó formato de oferta técnica debidamente diligenciado. **Resultado: Cumple**	X			El oferente allegó formato de oferta técnica debidamente diligenciado. **Resultado: umple**
CUMPLIMIENTO IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO No. 7								
Con la propuesta, los interesados deberán adjuntar: **a)** Certificado de la A.R.L y Anexos: Allegar Certificado de la A.R.L no mayor a un año, donde conste que el contratista tiene documentado la autoevaluación del SG-SST incluidos los estándares mínimos que se reglamenten, de acuerdo con el número de trabajadores y nivel de riesgo o Registro de la Autoevaluación no mayor a un año firmada por el Represente Legal y Profesional con Licencia en Seguridad y Salud en Trabajo vigente y curso de 50 y/o 20 horas en SG- SST (adjuntar licencia SST y certificado del curso). Deberán incluir el respectivo plan de mejora de acuerdo a la autoevaluación de estándares mínimos aplicables; si el puntaje obtenido es menor al 85% **NOTA 1:** El profesional que realice la autoevaluación del SG-SST, deberá ser acorde al perfil establecido en la Resolución 0312 de 2019. En caso de que el proponente sea persona natural y/o independiente y quien es la única persona responsable del desarrollo del objeto contractual, no está obligado a la implementación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), pero si debe garantizar la cobertura al Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo al Decreto 1563 de 2016, por lo anterior deberá presentar el formulario de afiliación con sello de la Entidad y/o certificado de afiliación. **NOTA 2**: En el caso en el que el oferente no presente el documento emitido por la ARL y/o el registro de la Autoevaluación con la oferta inicial, por considerarse este requisito habilitante del proceso, solo será aceptado en periodo de subsanación, si la expedición del certificado que aporta cumple con fechas anteriores a la fecha establecida para la subsanación.	X			El oferente en el término señalado para subsanar allega la certificación de la autoevaluación de estandares minimos emitida por el Ministerio de Trabajo con numero de radicado REME-SGSST - 931596 - 2025 - 1, con fecha de presentación 04/03/2026 y una calificación del 100%, encuentra firmada, y adjunta licencia Resolución 1833 de 2019 y certificado del curso de actualización de 50 horas 22 de noviembre de 2024. **Resultado: CUMPLE**	X			El oferente allega la certificación de la autoevaluación de estandares minimos emitida por la ARL COLMENA SEGUROS, con fecha de presentación 23/12/2025 y una calificación del 100%, se encuentra firmada por el Represente Legal y Profesional SST adjunta licencia SST RESOLUCIÓN 2485 DE 2022 y certificado del curso 28 de abril de 2023. **Resultado: CUMPLE**
Certificado de Implementación del Sistema: Allegar Certificado de Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, GCCON-F-065 (Se anexa en el pliego) de la Entidad SENA, firmado por el representante legal o persona Natural. (Formato 7).	X			El oferente cuenta con el formato GOR-F-065 diligenciado y firmado por el representante legal. **Resultado: CUMPLE**	X			El oferente cuenta con el formato GOR-F-065 diligenciado y firmado por el representante legal. **Resultado: CUMPLE**
Entregar copia de la habilitación del servicio de transporte especial de pacientes cuando sea requerido.	X			El oferente hace llegar el documento de certificacion firmado por el Representante legal donde indica que no le aplica este requerimiento. **Resultado: CUMPLE**	X			En el término señalado para subsanar el oferente llega el documento de certificacion firmado por el Representante legal donde indica que no le aplica este requerimiento. **Resultado: CUMPLE**
CALIFICACIÓN	**Resultado: NO CUMPLE**				**Resultado: CUMPLE**			

Lida María Rodríguez Montero
Técnico G 03

German Darío Jiménez Jiménez
Contratista Grupo Regional Gestión del Talento Humano SMA

Katherine Patiño Villarraga
Contratista; Dinamizadora Ambiental y Energética Regional

Erly Nereida Vaquiro Guarnizo
Contratista, Profesional en el proceso H & SI, Aspecto SST

SENA	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**	Código: GCCON-F-038
	CONSOLIDADO **EVALUACIÓN JURÍDICA - PROCESO NRO. MC-HIL-002-2026 DE 2026**	V.03

OBJETO	**"41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial"**

NRO.	NOMBRE PROPONENTE	CALIFICACIÓN
P-1	SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.	CUMPLE
P-2	CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA	CUMPLE

NOTA 1. Si el resultado de la evaluación es "NO CUMPLE", el oferente deberá subsanar la propuesta durante el término establecido en el cronograma del proceso o la ley, según el caso. Por regla general, la subsanación solo se permite para la evaluación preliminar.

NOTA 2. Si el oferente, durante el término del traslado no subsanó o subsanó incorrectamente su oferta, el resultado de la evaluación es "RECHAZADO". Tal calificación se podra observar en el Informe consolidado.

OBSERVACIONES

CUMPLE	2
NO CUMPLE	0
RECHAZADO	0
TOTAL	2



Victor Eduardo Andrade Achury
Abogado Contratista Regional Huila

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	Código: GCCON-F-038
	EVALUACIÓN JURÍDICA - PROCESO NRO. MC-HIL-002-2026 DE 2026	V.03

OBJETO	"41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología,

Proponente nro. | Lotes: N.A. | Número(s):

Nombre del proponente: **SERVICIOS DE GESTION INTEGRADA S.A.S.**

Integrante 1:		%Participación
Integrante 2:		%Participación
Integrante 3:		%Participación
Integrante 4:		%Participación

	REQUISITO	CUMPLE
1	Documento de proponente plural	N.A.
1.1	Forma de unión	N.A.
1.2	Objeto	N.A.
1.3	Vigencia	N.A.
1.4	Participación	N.A.
1.5	Otros	N.A.
	NOTA	
2	Carta de presentación de la propuesta en el formato de la entidad	SÍ
2.1	Aval de la propuesta y consulta de antecedentes del profesional (COPNIA o similares)	N.A.
	NOTA	
3	Documento de identificación del Representante legal o Persona natural (PN)	SÍ
	NOTA	
4	Documento que acredite la situación militar definida	N.A.
	NOTA	
5	Certificado de existencia y representación legal (CERL) o Registro mercantil (RM)	SÍ
	NOTA	
6	Validación de la información del CERL o del RM	
6.1	Expedición	SÍ
6.2	Objeto social relacionado	SÍ
6.3	Facultades	SÍ
6.4	Constitución y vigencia	SÍ
6.5	Tamaño	N.A.
6.6	Domicilio	N.A.
6.7	Otros	N.A.
	NOTA *Subsanado.*	
7	Registro Único de Proponentes – RUP	N.A.
	NOTA	
8	Validación de la información del RUP	
8.1	Expedición	N.A.
8.2	Renovación	N.A.
8.3	Firmeza	N.A.
8.4	Multas y declaratorias de incumplimiento	N.A.
	NOTA	
9	Registro Único Tributario - RUT	SÍ
	NOTA	
10	Certificación de aportes al Sistema de seguridad social y parafiscales	SÍ
	NOTA *Subsanado.*	
11	Validación de aportes al Sistema de seguridad social y parafiscales (Aplica para Persona jurídica)	SÍ
11.1.	Revisor fiscal (RF)	N.A.
11.2	Documento de identificación del RF	N.A.
11.3	Tarjeta profesional del RF	N.A.
11.4	Antecedentes Junta Central de Contadores del RF	N.A.
	NOTA	
12	Garantía de seriedad de la oferta	N.A.
12.1	Expedición	N.A.
12.2	Tomador	N.A.
12.3	Asegurado	N.A.
12.4	Objeto del proceso	N.A.
12.5	Valor amparado	N.A.
12.6	Vigencia	N.A.
12.7	Incluidos los integrantes de la forma asociativa	N.A.
12.8	Validación de autenticidad	N.A.
	NOTA	
13	Certificado de antecedentes fiscales - CGR	SÍ
	NOTA	
14	Certificado de antecedentes disciplinarios - PGN	SÍ
	NOTA	
15	Antecedentes Judiciales Policía Nacional	SÍ
	NOTA	
16	Consulta en el RNMC	SÍ
	NOTA	
17	Certificado de Registro de inhabilidades por delitos sexuales	SÍ
	NOTA	
18	Certificado REDAM	SÍ
	NOTA	
19	[Requisito habilitante adicional 1]	N.A.
	NOTA	
20	[Requisito habilitante adicional 2]	N.A.
	NOTA	
21	[Requisito habilitante adicional 3]	N.A.
	NOTA	
22	[Requisito habilitante adicional 4]	N.A.
	NOTA	
23	[Requisito habilitante adicional 5]	N.A.
	NOTA	

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

CUMPLE

NOTA. Si el resultado de la evaluación es "NO CUMPLE", el oferente deberá subsanar la propuesta durante el término establecido en el cronograma del proceso o la ley, según el caso.

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	Código: GCCON-F-038
	EVALUACIÓN JURÍDICA - PROCESO NRO. MC-HIL-002-2026 DE 2026	V.03

OBJETO	"41_1010_163 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología,

Proponente nro. | Lotes: N.A. | Número(s):

Nombre del proponente: **CENTRO DE TERAPIAS IPS Y CIA LTDA**

Integrante 1:		%Participación
Integrante 2:		%Participación
Integrante 3:		%Participación
Integrante 4:		%Participación

	REQUISITO	CUMPLE
1	Documento de proponente plural	N.A.
1.1	Forma de unión	N.A.
1.2	Objeto	N.A.
1.3	Vigencia	N.A.
1.4	Participación	N.A.
1.5	Otros	N.A.
	NOTA	
2	Carta de presentación de la propuesta en el formato de la entidad	SÍ
2.1	Aval de la propuesta y consulta de antecedentes del profesional (COPNIA o similares)	N.A.
	NOTA	
3	Documento de identificación del Representante legal o Persona natural (PN)	SÍ
	NOTA	
4	Documento que acredite la situación militar definida	N.A.
	NOTA	
5	Certificado de existencia y representación legal (CERL) o Registro mercantil (RM)	SÍ
	NOTA	
6	Validación de la información del CERL o del RM	
6.1	Expedición	SÍ
6.2	Objeto social relacionado	SÍ
6.3	Facultades	SÍ
6.4	Constitución y vigencia	SÍ
6.5	Tamaño	N.A.
6.6	Domicilio	N.A.
6.7	Otros	N.A.
	NOTA	
7	Registro Único de Proponentes – RUP	N.A.
	NOTA	
8	Validación de la información del RUP	
8.1	Expedición	N.A.
8.2	Renovación	N.A.
8.3	Firmeza	N.A.
8.4	Multas y declaratorias de incumplimiento	N.A.
	NOTA	
9	Registro Único Tributario - RUT	SÍ
	NOTA	
10	Certificación de aportes al Sistema de seguridad social y parafiscales	SÍ
	NOTA	
11	Validación de aportes al Sistema de seguridad social y parafiscales (Aplica para Persona jurídica)	SÍ
11.1.	Revisor fiscal (RF)	N.A.
11.2	Documento de identificación del RF	N.A.
11.3	Tarjeta profesional del RF	N.A.
11.4	Antecedentes Junta Central de Contadores del RF	N.A.
	NOTA	
12	Garantía de seriedad de la oferta	N.A.
12.1	Expedición	N.A.
12.2	Tomador	N.A.
12.3	Asegurado	N.A.
12.4	Objeto del proceso	N.A.
12.5	Valor amparado	N.A.
12.6	Vigencia	N.A.
12.7	Incluidos los integrantes de la forma asociativa	N.A.
12.8	Validación de autenticidad	N.A.
	NOTA	
13	Certificado de antecedentes fiscales - CGR	SÍ
	NOTA	
14	Certificado de antecedentes disciplinarios - PGN	SÍ
	NOTA	
15	Antecedentes Judiciales Policía Nacional	SÍ
	NOTA	
16	Consulta en el RNMC	SÍ
	NOTA	
17	Certificado de Registro de inhabilidades por delitos sexuales	SÍ
	NOTA	
18	Certificado REDAM	SÍ
	NOTA	
19	[Requisito habilitante adicional 1]	N.A.
	NOTA	
20	[Requisito habilitante adicional 2]	N.A.
	NOTA	
21	[Requisito habilitante adicional 3]	N.A.
	NOTA	
22	[Requisito habilitante adicional 4]	N.A.
	NOTA	
23	[Requisito habilitante adicional 5]	N.A.
	NOTA	

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

CUMPLE

NOTA. Si el resultado de la evaluación es "NO CUMPLE", el oferente deberá subsanar la propuesta durante el término establecido en el cronograma del proceso o la ley, según el caso.