1 CONSIDERACIONES GENERALES.

1.1 DELEGACIÓN COMITÉ DE EVALUACIÓN

En Santiago de Cali, los integrantes del Comité Evaluador, nombrados mediante comunicación escrita en el mes de Junio de 2026, suscrita por el gerente de la **RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE**, los suscritos funcionarios y contratistas proceden a evaluar técnica, financiera y jurídicamente la propuesta presentada.

1.2 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La **RED DE SALUD ORIENTE E.S.E**, tiene establecido el Estatuto de Contratación, el cual se encuentra consignado en el Acuerdo No. 147 de Octubre 20 de 2025. Estatuto, que señala en el artículo 33, las modalidades de selección a través de las cuales se efectuarála escogencia del **CONTRATISTA**, dentro de las que se encuentra la modalidad de selección de Contratación Directa.

En ese orden de ideas, la modalidad de selección del **CONTRATISTA** para contratar el servicio descrito en el objeto contractual del presente proceso contractual es la Contratación Directa.

Atendiendo la solicitud, y dentro del plazo establecido en la Solicitud de Oferta, se recibió la propuesta de **HEALTHCARE NETWORK S.A.S con** NIT.900.508.464-0, teniendo en cuenta, que de acuerdo con objeto y a las obligaciones contractuales el servicio requerido.

En ese contexto, para la verificación de los requisitos solicitados al oferente se designó el equipo evaluador de la siguiente manera:

ROL	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O PROFESIÓN
Financiero	Rubén Darío Lenis Hernández	Profesional Especializado
Técnico	Alejandro Ramírez González	Profesional Universitario
Jurídico	Laura Holguin Londoño	Jurídico – Profesional Agremiada

1.3 PRESUPUESTO ESTABLECIDO EN LA ENTIDAD

REALIZAR EL SUMINISTRO, FABRICACIÓN, TRANSPORTE E INSTALACIÓN DE REJAS Y/O ESTRUCTURAS METÁLICAS Y LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN FÍSICA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD DE LAS IPS EL DIAMANTE, CIUDAD CÓRDOBA, ORQUÍDEAS Y PÍZAMOS DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E., DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD.

Para la prestación de los servicios ya enunciados de conformidad con las disposiciones legales y estatutarias la **RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE**, ha estimado el valor del presupuesto oficial, por la suma de **DIECINUEVE MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($19.053.983) CON IVA INCLUIDO Y DEMÁS CONTRIBUCIONES.**

1.4 EVALUACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS

Para proceder con esta verificación se tiene en cuenta lo siguientes documentos:

1. Certificado de Disponibilidad Presupuestal
2. Solicitud de Oferta

Vigilado Supersalud

3. Propuesta presentada por el Oferente

Nombre del Proveedor	NIT Empresa	Valor total + IVA
HEALTHCARE NETWORK S.A.S	900.508.464-0	**DIECINUEVE MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($19.053.983) CON IVA INCLUIDO Y DEMÁS CONTRIBUCIONES.**

Es así como se puedo determinar, que el oferente presentó la propuesta de acuerdo con el presupuesto designado por la Red de Salud del Oriente E.S.E y a la solicitud enviada al oferente, adjudica por valor de **DIECINUEVE MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($19.053.983) CON IVA INCLUIDO Y DEMÁS CONTRIBUCIONES.**

En ese orden de ideas y conforme a lo anterior, se procede a continuar con la verificación de losaspectos jurídicos y técnicos.

1.5 VERIFICACIÓN REQUISITOS JURIDICOS

DOCUMENTOS SOLICITADOS	CUMPLE	
	SI	NO
Cotización, oferta o propuesta económica.	x	
Formato único de hoja de vida de la DAFP persona jurídica	x	
Fotocopia del Rut de la persona jurídica (fecha de impresión **no mayor a 30 días**)	x	
Fotocopia de cedula de ciudadanía del representante legal	x	
Certificado de existencia y representación legal cámara y comercio **(vigencia máxima 3meses)**	x	
Registro de inscripción de constitución y/o agremiación sindical ante el ministerio de trabajo y seguridad social o certificación de la existencia de la asociación y/o agremiación sindicalexpedida por el ministerio de trabajo **(solo agremiaciones)**	x	
Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la contraloría general – delrepresentante legal (**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la contraloría general – de lapersona jurídica (**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – del representantelegal (**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – de la persona jurídica(**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Antecedentes judiciales de la policía nacional del representante legal (**consulta no mayor a30 días**)	x	
Medidas Correctivas del representante legal de la asociación y/o agremiación sindical(**consulta no mayor a 30 días**)	x	
Formato autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales a menores de edad delrepresentante legal	x	
Certificado de consulta de inhabilidades por delitos sexuales a menores de edad de lapersona natural (**lo consulta e imprime el área jurídica**)	x	
Formato declaración inhabilidades e incompatibilidades- diligenciado por el representantelegal	x	

Vigilado Supersalud

Certificación, que los afiliados participes se encuentran debidamente afiliados a la asociacióny/o agremiación sindical **(solo agremiaciones)**	x	
Certificaciones de experiencia	x	
Certificación de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo **(para agremiaciones y/o servicios de mantenimiento)**	x	
Certificación de pago seguridad social expedida por el revisor fiscal o representante legal dela persona jurídica. **Cuando expide el Revisor Fiscal debe aportar:** • Fotocopia de la tarjeta profesional, • fotocopia de la cedula • antecedentes de la Junta Central de Contadores Nota: El revisor fiscal debe estar inscrito en la Cámara de Comercio de la entidad y en sudefecto aportar el contrato de Prestación de Servicio	x	
Registro único de proponente (**RUP**) o Estados financieros (cuando **aplica)** **Nota: Si presenta estados financieros debe incluir los documentos del contador** • Fotocopia de la tarjeta profesional, • fotocopia de la cedula • antecedentes de la Junta Central de Contadores	x	
Comprobante de inscripción factura electrónica	x	
Diligenciar formulario SARLAF- Proveedores jurídicos https://desqubra.com.co/listas/public/formularios_conocimiento/responder_formulario_c/129/4/353/72	x	
Formato de solicitud de transferencia electrónica persona jurídica	x	
Certificación bancaria	x	
Registro de deudores alimentario – REDAM	x	

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS TÉCNICOS

DESCRIPCIÓN	CUMPLE	
	SI	NO
El Futuro **HEALTHCARE NETWORK S.A.S**, presento los requerimientos técnicos solicitado por la entidad	X	

Por lo anterior, se recomienda a la Gerente de la Red Salud del Oriente E.S.E. Facultada para contratar, acoger la propuesta presentada por el CONTRATISTA **HEALTHCARE NETWORK S.A.S**, para la celebración del presente Contrato.

Para todos los efectos el presente documento denominado Formato Evaluación dePropuesta se entiende fechado y firmado a través del flujo de aprobaciones del SECOP II.

COMITÉ EVALUADOR

Rubén Darío Lenis Hernández
Rol Financiero

Alejandro Ramírez González
Rol Técnico

Laura Holguin Londoño
Rol Jurídico

Reviso aspectos Jurídicos: Laura Holguin Londoño -Profesional Agremiada
Reviso y Aprobó: Leonardo Medina Patiño-Jefe Asesor Oficina Jurídica

Vigilado Supersalud