## 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 **Septiembre de 2026**, suscrita por el gerente de la RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E, 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 ESE, tiene establecido el Estatuto de Contratación, el cual se encuentra consignado en el Acuerdo 147 del 20 octubre de 2025, y el Manual de Contratación adoptado mediante resolución No.100.03.03.344 del 30 de octubre de 2025 que señala en el Capítulo IV Contratación Directa, artículo **41** Procedencia, **SEGÚN LA NATURALEZA** ítem **41.10** Contratación para el servicio público de salud, misionales o administrativos, tales como: dispensación y suministro de medicamentos, servicios farmacéuticos, compraventa de dispositivos y equipos médicos, compra o venta de servicios asistenciales o de salud, compraventa o suministro de alimentación a los pacientes, transporte, publicidad o medios etc.

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 **VALPHARMA SAS** con NIT 900.830.528-2, 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 |
|---|---|---|
| Técnico | Angélica Tamayo Osorio | Profesional Especializado |
| Financiero | Rubén Darío Lenis Hernández | Profesional Especializado |
| Jurídico | Hellen Dayanna Gonzalez | Profesional Agremiada |

### 1.3 PRESUPUESTO ESTABLECIDO EN 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, acatando las disposiciones legales y estatutarias por la suma de **CIENTO NOVENTA Y DOS MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($192.124.927, 00) IVA INCLUIDO. PESOS M/CTE.**

### 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
3. Propuesta presentada por el Oferente

| Nombre del Proveedor | NIT empresa | Valor total + IVA |
|---|---|---|
| **VALPHARMA SAS** | 900.830.528-2 | **CIENTO NOVENTA Y DOS MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE M/CTE ($192.124.927,00) IVA INCLUIDO. PESOS M/CTE.** |

Vigilado Supersalud

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 **CIENTO NOVENTA Y DOS MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE M/CTE ($192.124.927,00) IVA INCLUIDO. PESOS M/CTE.**

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

## 1.5 VERIFICACIÓN REQUISITOS JURIDICOS

| DOCUMENTOS SOLICITADOS | CUMPLE SI | CUMPLE 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 | |
| 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 | |

Vigilado Supersalud

| | | |
|---|---|---|
| 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

| | |
|---|---|
| ALVOFAR X 10 G | 1 |
| BABEROS ODONTOLOGICOS PQTE X 12 | 1 |
| BANDA PORTAMATRIZ DELGADA | 1 |
| BOLSA PARA ESTERILIZAR PEQUEÃ'A X200 UNIDADES | 1 |
| CEPILLO PARA LAVAR INSTRUMENTAL | 1 |
| CEPILLO PARA PROFILAXIS | 1 |
| CONOS DE GUTAPERCHA # 20 CAJA X 6 | 1 |
| CONOS PUNTAS DE PAPEL 1A SERIE 15/40 | 1 |
| CREMA PROFILACT/PASTA PROFILAXIS.DERTAR | 1 |
| DESMINERALIZANTE GEL JERINGA | 1 |
| DISCO SOFLEX | 1 |
| DURAFAR DE COLGATE | 1 |
| ENDO - EZE PUNTAS PARA IRRIGAR 207 CAJA X 20 | 1 |
| ENDO CLEAN (NACIONOLEN) | 1 |
| ENDO FROST SPRAY REFRIGERAN FCO | 1 |
| ENJUAGE BUCAL FRASCO | 1 |
| ESPACIADOR DIGITAL #20 (CAJA X 4 UND) AMARILLO | 1 |
| ESPEJO BUCAL HU-FRIEDY | 1 |
| EUGENOL FRASCO | 1 |
| FIJADOR Y REVELADOR KODAK KIT | 1 |
| FRESA DIAMANTE REDONDA GRANDE 801-021 | 1 |
| FRESA DIAMANTE REDONDA MEDIANA 801-018 | 1 |
| FRESA PARA ENDODONCIA ENDO Z | 1 |
| FRESA QUIRURJICA ZEKRYA | 1 |
| FRESA REDONDA SUPER PEQUEÑA 801 - 009 | 1 |
| FUNDA DESECHABLE LAMPARA ULTRADENT X 500 | 1 |
| FUNDA PROTECTORA PARA PLACA RAYOS ODONTOLOGICO X PAQUETE X 200 | 1 |
| HEMOSTATICO GELATAMP /ESPONJA | 1 |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| HIDROXIDO DE CALCIO DYCAL LIFE ESTUCHE | 1 |
| IONOMERO FUJI LINING LC PASTE PAK | 1 |
| LIJA METALICA PARA AMALGAMA | 1 |
| LIMA DE ENDODONCIA NO 20 CAJA X 6 EN 25MM | 1 |
| LIMA DE ENDODONCIA NO 25 CAJA X 6 | 1 |
| LIMA DE ENDODONCIA NO 8 CAJA X 6 | 1 |
| LIMA DE ENDODONCIA NO. 15 CAJA X 6 25MM | 1 |
| ODONTOCAINA AL 3% CAJA X 50 | 1 |
| PLACA RAYOS X ODONTOLOGICO CARESTREAM MODELO CS7600 | 1 |
| RESINA FLUIDA A3 | 1 |
| RESINA FLUIDA A1 | 1 |
| RESINA FLUIDA A2 | 1 |
| SEDA DENTAL SIN CERA | 1 |
| SELLANTE FOTOCURADO ESTUCHE | 1 |
| SEPARADOR LENGUA X 40 QUIRUDENT | 1 |
| XILOL FRASCO | 1 |
| BONDIG ADHESIVO | 1 |
| ESPONJA P/EXODONCIA PAQ X 200 UND | 1 |

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 **VALPHARMA SAS** con NIT 900.830.528-2 para la celebración del presente Contrato.

**COMITÉ EVALUADOR**

**ANGELICA TAMAYO OSORIO**
Rol Técnico

**RUBEN DARIO LENIS HERNANDEZ**
Rol Financiero

**HELLEN DAYANNA GONZALEZ**
Rol Jurídico

Proyecto: Hellen Dayanna Gonzalez- Profesional Agremiada

Revisó: Leonardo Medina Patiño-Jefe Asesor Oficina Jurídica

Vigilado Supersalud