

INFORME DE EVALUACIÓN DEFINITIVA

INVITACIÓN PÚBLICA PARA CONTRATAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DE: CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ENFERMERÍA, TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y RESPIRATORIA, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE UNISALUD, ASÍ COMO PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE OTRAS UNIVERSIDADES CUYOS SERVICIOS SE ENCUENTREN CONTRATADOS CON UNISALUD.

INTRODUCCIÓN

La invitación fue publicada en la página Web de Unisalud Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia el 18 de marzo de 2014. El 26 de marzo de 2014, fecha de cierre de la invitación se presentó 1 propuesta según se relaciona a continuación:

Hora de entrega	Razón Social del Proponente	Original	No. de Copias	Garantía de seriedad de la propuesta	No. folios
11:50 a.m.	ADOM SALUD DOMICILIARIA	1	0	N/A	28 folios

EVALUACIÓN DE LA(S) PROPUESTA(S)

De conformidad con lo establecido en el Numeral 10. Criterios de Evaluación, se procedió a consolidar las evaluaciones: jurídica, y técnica-económica efectuadas por las instancias designadas para tal fin, así:

FACTORES	CALIFICACIÓN	ADOM SALUD DOMICILIARIA																														
Verificación de requisitos jurídicos	Cumple/ Rechazo	CUMPLE																														
Verificación de requisitos técnico-económica	Cumple/ Rechazo	CUMPLE																														
OFERTA ECONÓMICA: Se asignarán cuarenta (40) puntos al Proponente que acredite el mayor tiempo de experiencia, según las certificaciones allegadas conforme a lo dispuesto en el numeral tres (3) literal "c" de la presente invitación pública. A los demás se les asignaran los puntos que corresponden, aplicando regla de tres simple.	40 PUNTOS	40																														
Se otorgarán sesenta (60) puntos al Proponente que presente las menores tarifas, A los demás se les asignaran los puntos que corresponden, aplicando regla de tres inversa.																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CUPS</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>890101</td> <td>Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Crónico</td> </tr> <tr> <td>890101-1</td> <td>Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Agudo</td> </tr> <tr> <td>890105-3</td> <td>Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 8 Horas Diurno</td> </tr> <tr> <td>890105-6</td> <td>Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 12 Horas Diurno</td> </tr> <tr> <td>890105-5</td> <td>Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 24 Horas</td> </tr> <tr> <td>890111</td> <td>Atención (visita) domiciliaria por Fisioterapeuta</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TOTAL DE PUNTOS</td> </tr> </tbody> </table>	CUPS	DESCRIPCIÓN	890101	Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Crónico	890101-1	Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Agudo	890105-3	Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 8 Horas Diurno	890105-6	Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 12 Horas Diurno	890105-5	Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 24 Horas	890111	Atención (visita) domiciliaria por Fisioterapeuta	TOTAL DE PUNTOS		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10 PUNTOS</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	10 PUNTOS	10	10 PUNTOS	10	10 PUNTOS	10	10 PUNTOS	10	10 PUNTOS	10	10 PUNTOS	10	10 PUNTOS	10	
CUPS	DESCRIPCIÓN																															
890101	Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Crónico																															
890101-1	Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Agudo																															
890105-3	Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 8 Horas Diurno																															
890105-6	Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 12 Horas Diurno																															
890105-5	Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 24 Horas																															
890111	Atención (visita) domiciliaria por Fisioterapeuta																															
TOTAL DE PUNTOS																																
10 PUNTOS	10																															
10 PUNTOS	10																															
10 PUNTOS	10																															
10 PUNTOS	10																															
10 PUNTOS	10																															
10 PUNTOS	10																															
10 PUNTOS	10																															
TOTAL	100 PUNTOS	100 PUNTOS																														

28 DE MARZO DE 2014

Con base en lo anterior, se recomienda al Ordenador del Gasto la suscripción de la **Orden Contractual de Prestación de Servicios, con el proponente: ADOM SALUD DOMICILIARIA**

El detalle de la evaluación se presenta en las páginas siguientes.

**CONSOLIDACIÓN EVALUACIÓN FINAL
OFICINA DE CONTRATACIÓN**

1. EVALUACIÓN JURÍDICA

CRITERIOS DE EVALUACION JURIDICA / DESCRIPCIÓN		CALIFICACIÓN ASIGNAR		CALIFICACIÓN OBTENIDA
				PROponente 1 ADOM SALUD DOMICILIARIA
Documentos a presentar con la oferta:				
TODOS los exigidos en el Numeral 7 de la presente invitación (si aplican) y los demás solicitados con la publicación.				
7,1 Oferta escrita		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
7,3, (entre otros) Copia de Certificado de existencia y representación legal, de la Cámara de Comercio, con expedición inferior a 90 días contados a partir de la presentación de la oferta		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
Copia de la Cédula de Ciudadanía o de Extranjería del Representante Legal		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
Copia del certificado del Registro Único Tributario (RUT), expedido por la DIAN, con la información personal y tributaria actualizada.		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
Copia del Certificado de Registro de Información Tributaria (RIT), expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda, con la información personal y tributaria actualizada (para el caso de órdenes contractuales que se ejecuten en la ciudad de Bogotá D.C.)		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
Certificado expedido por el revisor fiscal (si está obligado a tenerlo) o en caso contrario por el representante legal, en el que conste que se encuentra al día en los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales, con expedición inferior a 30 días, contados a partir de la presentación de la oferta		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
Copia legible de la tarjeta profesional del revisor fiscal (si está obligado a tenerlo), expedida por la Junta Central de Contadores		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE
Autorización escrita para suscribir contratos, emitida por el órgano social respectivo, cuando exista limitación de cuantía, según Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio. (3)		CUMPLE	RECHAZO	N/A
Certificado reciente expedido por entidad competente, en el que conste que es representante único o distribuidor autorizado en el país, del bien o servicio requerido, cuando sea el caso, con expedición menor a 90 días		CUMPLE	RECHAZO	N/A
Formato Carta de Presentación de Oferta (Obligatorio para contrataciones superiores a 160 SMLMV)		CUMPLE	RECHAZO	N/A
Formato Único de Hoja de Vida, con los documentos que soporten la información relacionada (Obligatorio para prestación de servicios)		CUMPLE	RECHAZO	CUMPLE

28 DE MARZO DE 2014

2. EVALUACIÓN TÉCNICA-ECONÓMICA

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN	CALIFICACIÓN A ASIGNAR	CALIFICACIÓN OBTENIDA
			ADOM SALUD DOMICILIARIA
<p>Documentos a presentar con la Oferta: La oferta deberá contener TODOS los documentos exigidos en los numerales 3 de la presente invitación pública</p>	<p>Documentos para acreditar experiencia: La oferta deberá contener como mínimo la información exigida en el numeral 3</p>	<p>METLIFE, con NIT 830.001.237-4, con Objeto: servicios profesionales independientes en el área de enfermería domiciliaria e intrahospitalaria en la ciudad de Bogotá. Fecha de inicio: 2004. Valor del contrato: \$169.000.000. La certificación fue expedida por la Dra. Nubia Bernal MD, Director Médico de Red, expedida a los cinco (5) días del mes de julio de 2013, (tiempo de experiencia relacionada de un (1) año.</p> <p>COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, con NIT 805.009.741-0, con Objeto: servicios profesionales independientes en el área de enfermería domiciliaria, terapias complementarias, servicios de apoyo y suministro de medicamentos. Fecha de inicio: 13 de febrero de 2003. Valor anual facturado: \$129.047.145.000.000. La certificación fue expedida por la Dra. María Isabel reyes Ávila, Coordinadora Regional de Contratación, expedida a los diez (10) días del mes de julio de 2013, (tiempo de experiencia relacionada de diez (10) años.</p> <p>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, con NIT 830.039.670-5, con objeto: Prestación de servicios de apoyo terapéutico y cuidado en casa para los pacientes del subsistema de salud de las fuerzas militares- Fuerza Aérea que requieran un manejo paliativo de su patología conforme prescripción médica en lo siguiente personas mayores con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido. Fecha de inicio: 1 de enero de 2011. Valor contrato: \$600.000.000. El contrato fue firmado por el Coronel Jairo Alejandro Martínez Rocha. (Tiempo de experiencia relacionada de un (1) año.)</p> <p>TOTAL DE EXPERIENCIA RELACIONADA ACORDE A LOS PARÁMETROS DE LA INVITACION PUBLICA: 12 AÑOS</p>	<p>CUMPLE CON EL REQUISITO</p>

	CERTIFICADO DE HABILITACIÓN: Copia certificado de habilitación vigente, expedido por la secretaría o ente territorial de salud pertinente y/o Invima	Anexa constancia de renovación de habilitación con vigencia hasta el 17 de Mayo de 2014	CUMPLE CON EL REQUISITO
	Copia Póliza de Responsabilidad Civil profesional vigente.	Anexa póliza de Responsabilidad Civil la cual vence el 28 de septiembre de 2014	CUMPLE CON EL REQUISITO
	Lugar de Ejecución: Bogotá, D.C.	Bogotá	CUMPLE CON EL REQUISITO
	Certificación de oportunidad en el servicio: informará la oportunidad de la atención de citas y procedimientos.	Oportunidad del servicio las 24 horas del día durante los 7 días de la semana	CUMPLE CON EL REQUISITO
	La propuesta a presentar debe contener como mínimo lo siguiente: Lugar de la Prestación del Servicio, oportunidad en el servicio, recurso humano, y anexar relación de los servicios a ofertar con códigos CUPS y tarifas en pesos colombianos, las cuales deben remitirse en medio magnético en un formato de archivo editable (Excel).	Presenta el recurso humano. Anexa la propuesta tarifaria con códigos CUPS, descripción del servicio y las tarifas respectivas.	CUMPLE CON EL REQUISITO

28 DE MARZO DE 2014

CALIFICACIÓN OBTENIDA		CUMPLE/ RECHAZO	CALIFICACIÓN OBTENIDA	
ASIGNACIÓN DE PUNTAJE (Aplicable cuando se invite a más de un oferente)	VERIFICACION REQUISITOS TÉCNICOS conforme el numeral 7.1.3 de la invitación publica Este factor se evaluará de acuerdo con el cumplimiento de cada uno de los requisitos exigidos en el numeral 4.3 del presente pliego de condiciones.	(CUMPLE / RECHAZO)	CUMPLE CON EL REQUISITO	
	Se asignarán cuarenta (40) puntos al Proponente que acredite el mayor tiempo de experiencia, según las certificaciones allegadas conforme a lo dispuesto en el numeral tres (3) literal "c" de la presente invitación pública. A los demás se les asignaran los puntos que corresponden, aplicando regla de tres simple.	40 PUNTOS	40	
	Se otorgarán sesenta (60) puntos al Proponente que presente las menores tarifas Se otorgarán sesenta (60) puntos al Proponente que presente las menores tarifas	Se otorgarán sesenta (60) puntos al Proponente que presente las menores tarifas discriminadas de la siguiente manera: A los demás se les asignaran los puntos que corresponden, aplicando regla de tres inversa.		
		CUPS	DESCRIPCIÓN	
890101		Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Crónico	10	
890101-1		Atención (visita) domiciliaria por Medico General Paciente Agudo	10	
890105-3		Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 8 Horas Diurno	10	
890105-6		Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 12 Horas Diurno	10	
890105-5		Atención (visita) domiciliaria por Auxiliar de Enfermeria 24 Horas	10	
890111	Atención (visita) domiciliaria por Fisioterapeuta	10		
	TOTAL DE PUNTOS			
MÁXIMO PUNTAJE TOTAL A ASIGNAR	100 PUNTOS	100 PUNTOS		

(FIN DE LA EVALUACION)

28 DE MARZO DE 2014