

**ACTA DE INFORME DE EVALUACIÓN DEFINITIVA DE PROPUESTAS
PROCESO DE CONVOCATORIA PÚBLICA DE APOORTE N° 003 DE 2014**

En Quibdó, el día 4 de diciembre de 2014, en las instalaciones de la Regional Chocó del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, se reunieron los integrantes del Comité Evaluador, con el fin de estudiar y evaluar las propuestas presentadas con ocasión del proceso de Convocatoria Pública 003 de 2014 cuyo objeto es: "Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de 5 años con desnutrición aguda y aguda severa, a través de la modalidad de Centros de Recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad y la articulación de las Instituciones del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en el lineamiento técnico y manual operativo".

Se procede a evaluar las propuestas presentadas el día 24 de noviembre de 2014 a hasta las 5:00 p.m., fecha y hora prevista para el cierre del proceso CP 003; por los siguientes proponentes:

| N° | Proponente | Municipio |
|----|------------------------------------|------------|
| 1 | Fundacion Amor y Vida por el Choco | Riosucio |
| 2 | Fundacion Amor y Vida por el Choco | Alto Baudó |
| 3 | Fundacion Amor y Vida por el Choco | Quibdó |
| 4 | Fundacion Amor y Vida por el Choco | Istmina |

El ICBF, a través del Comité Asesor Evaluador, verificó que la propuesta presentada con todos y cada y uno de los documentos y requisitos señalados en el Pliego de Condiciones y determinó cuáles de ellas resultan HÁBILES, por lo que publico en el portal del ICBF el día 01 de Diciembre de 2014 el informe de evaluación preliminar.


Por otro lado el día 04 de Diciembre mediante los radicados Números 003540 con documentación para la subsanación de las propuestas presentadas para los Municipios de Alto Baudó e Istmina relacionados con la evaluación técnica; por lo tanto se procede a emitir informe de evaluación Definitiva conforme a la evaluación jurídica, técnica y financiera:

| RESULTADO EVALUACIÓN | | | | | |
|----------------------|---|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| N° | PROPONENTE | VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS JURÍDICOS CUMPLE/NO CUMPLE | EVALUACIÓN FINANCIERA | | EVALUACIÓN TÉCNICA CUMPLE/NO CUMPLE |
| | | | ÍNDICE DE LIQUIDEZ CUMPLE/NO CUMPLE | NIVEL DE ENDEUDAMIENTO CUMPLE/NO CUMPLE | |
| 1 | Fundacion Amor y Vida por el Choco – Riosucio | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| 2 | Fundacion Amor y Vida por el Choco – Alto Baudó | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| 3 | Fundacion Amor y Vida por el Choco – Istmina | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |
| 4 | Fundacion Amor y Vida por el Choco – Quibdó | Cumple | Cumple | Cumple | Cumple |

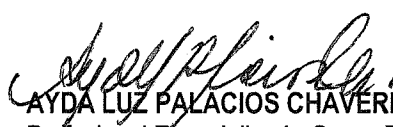
Nota: Se publicará en documento adjunto la evaluación preliminar por componente.


Por lo anterior el Comité Evaluador designado por el ICBF, concluye que atendiendo la evaluación técnica, jurídica y financiera a la fecha el resultado de la evaluación definitiva es que los siguientes oferentes se encuentran habilitados dentro del proceso de Convocatoria Pública de Aporte 003.

| RESULTADO EVALUACIÓN DEFINITIVA | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|-------------|----------|--|--------------------------------|------------------|
| Nº | PROPONENTE | DOCUMENTOS HABILITANTES CUMPLE/NO CUMPLE | | | REQUISITOS DE PONDERACIÓN (PUNTAJE) | | |
| | | JURÍDICOS | FINANCIEROS | TÉCNICOS | EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE | TALENTO HUMANO ADICIONAL | PUNTAJE TOTAL |
| 1 | Fundacion Amor y Vida por el Choco - Riosucio | Cumple | Cumple | Cumple | 0 | 50 | 50 |
| 2 | Fundacion Amor y Vida por el Choco - Alto Baudó | Cumple | Cumple | Cumple | 0 | 50 | 50 |
| 3 | Fundacion Amor y Vida por el Choco - Istmina | Cumple | Cumple | Cumple | 0 | 50 | 50 |
| 4 | Fundacion Amor y Vida por el Choco - Quibdó | Cumple | Cumple | Cumple | 0 | 15 | 15 |


YARLEY SANTOS ANDRADE
 Profesional Especializado encargada
 De la Coordinación del Grupo Jurídico
 EVALUADOR JURÍDICO


REGINA DEL ROSARIO RODRIGUEZ ROMAÑA
 Profesional Especializada
 EVALUADOR JURIDICO


AYDA LUZ PALACIOS CHAVERRA
 Profesional Especializado Grupo Financiero
 EVALUADOR FINANCIERO


YOFAIDY STELLA LOZANO ROA
 Profesional Universitario Grupo A. Técnica
 EVALUADOR TÉCNICO


ANA VICTORIA MOSQUERA QUESADA
 Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
 EVALUADOR TECNICO

COMPONENTE JURIDICO

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Regional: | CHOCO - RESOLUCION |
| Nombre de Proponente: | FUNDACION AMOR Y VIDA POR EL CHOCO |
| Modalidad a la que se presenta: | CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL |
| No. Convocatoria | CP-003 |
| Fecha de evaluacion: | 25 DE NOVIEMBRE DE 2014 |

| DOCUMENTOS | FOLIOS | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|----------------|--------|---|---|
| CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA DONDE SE INDIQUE EL O LOS MUNICIPIOS O DEPARTAMENTO POR EL QUE VA A PARTICIPAR FORMATO 1 | 64-66 | X | | PRESENTA PROPUESTA INDEPENDIENTE PARA EL MUNICIPIO DE ITSMINA |
| CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES FORMATO 2 | 61-85 | X | | |
| GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA | 94 | X | | SE VERIFICO QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DEL NUMERAL 3.13 DEL PLEGO DE CONDICIONES |
| CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPUESTA | 67-70 | X | | |
| NATURALIZA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | 67-70 | X | | |
| OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO | 67-70 | X | | |
| PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR- | 116-117 | X | | RESOLUCION No. 1721 OSEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2014 |
| REGISTRO UNICO DE PROPONENTES | 71-75 | X | | No es necesario, solo si lo presentan |
| AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O APODERADO PARA PRESENTAR PROPUESTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE REQUERIRSE DE ACUERDO A LOS ESTADUTOS). | 67-70 Y 79-80 | X | | |
| PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACTÚE A TRAVÉS DE APODERADO | | | | NO APLICA |
| REGISTRO UNICO TRIBUTARIO | 77-78 | X | | |
| FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL | 76 | X | | |
| CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 92 | X | | |
| CONSULTA CERTIFICADOS DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIRI- VIGENTE, EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 93 | X | | |
| CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL | 90 | X | | |
| CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4 | 97-98 | X | | |
| DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7 | | | | NO APLICA |
| NOTA: En desarrollo de la evaluacion se encontro que la propuesta figura error de foliacion, por lo tanto se procedio a corregir a partir del folio No. 114, queriendo 226 folios. | | | | |
| EVALUADO POR | | | APOYO | |
| <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | <i>[Firma]</i> | |
| NOMBRE REGINA DEL ROSARIO RODRIGUEZ ROMANA VARELA SANCINUS ANDRABE | | | NOMBRE ANA MARIA MESA TORRES | |
| CARGO PROFESIONALES ESPECIALIZADOS OFICINA JURIDICA REGIONAL CHOCCHO | | | ABOGADA DIRECCION DE NUTRICION - SEDE DIRECCION GENERAL | |
| FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2014 | | | | |

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Risolucio |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria: | .003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |


COMPONENTE TÉCNICO HABILITANTE


| REQUISITO | FOLIOS | OBSERVACIÓN | CUMPLENO CUMPLE |
|--|-----------|-------------|-----------------|
| Carta de aceptación de condiciones | 64 a 66 | Ninguna | CUMPLE |
| Certificaciones experiencia del oferente habilitante | 119 a 150 | Ninguna | CUMPLE |
| Talento Humano Habilitante | 153 a 214 | Ninguna | CUMPLE |

REQUISITOS DE PONDERACIÓN

| CRITERIO DE PONDERACIÓN | PUNTAJE OBTENIDO |
|--------------------------------------|------------------|
| EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE | 0 |
| TALENTO HUMANO ADICIONAL | 50 |
| TOTAL | 50 |

EVALUADO POR:


ANA VICTORIA MOSQUERA QUESADA
 COORDINADORA GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA


APOYO: ANGIE JULIETH SANTAMARÍA GARCÍA
 NUTRICIONISTA DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN

EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 28/11/2014 |

| | |
|---|---|
| Presupuesto Oficial al cual se presenta | \$ 407.209.509,00 |
| Municipio(s) al cual se presenta | Riosucio |
| Para unión temporal o consorcio | 1. Nombre de las empresas que la conforman % de participación de cada empresa Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia |

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 |
|----|--|---|--|---------------------------|-----------------|
| 1 | Folio | 128 a 136 | 137 a 151 | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | |
| 3 | Nombre del Contratista | Fundación Amor y Vida por el Chocó | Fundación Amor y Vida por el Chocó | | |
| 4 | Firma Integrannte que Aporta la experiencia (en natural o Jurídica | N/A | N/A | | |
| 5 | Número del contrato (si tiene). | 002/2013 | 236/2013 | | |
| 6 | Estado del contrato | SIN LIQUIDAR | EN EJECUCION | | |
| 7 | % de ejecución (cuando aplique) | N/A | 81% | | |
| 8 | Objeto del contrato | Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | | |
| 10 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria | SI | SI | | |
| 11 | Fecha de inicio del contrato | 04/01/2013 | 30/10/2013 | | |
| 12 | Fecha de terminación del contrato | 31/10/2013 | 15/12/2014 | | |
| 13 | Tiempo de experiencia (años/ meses / días) | 9 meses y 27 días | 11 meses | | |
| 14 | | | | | |
| | | CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO: | | CUMPLE | |
| | | CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO: | | CUMPLE | |
| | | TOTAL MESES: | | 20 meses y 27 días | |
| | | CUMPLE | | CUMPLE | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|----|--|----|--|--|--|--|---|
| 15 | Valor del Contrato en Pesos(Incluidas adiciones) | \$ | 324.106.513,0 | \$ | 338.578.804,00 | | | | TOTAL PRESUPUESTO |
| 16 | Valor del contrato actualizado a SHMLY 2014 | \$ | 338.576.186,6 | \$ | 341.904.208,6 | | | | \$ 880.580.385,2 |
| 17 | | | | | | | | | CUMPLE |
| 19 | Fecha de expedición de la certificación | | 19/11/2014 | | 19/11/2014 | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO: |
| 20 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | | YARLEY SANTOS ANDRADES, profesional especializada con funciones de coordinadora del grupo jurídico del ICBF Regional Chocó | | YARLEY SANTOS ANDRADES, profesional especializada con funciones de coordinadora del grupo jurídico del ICBF Regional Chocó | | | | CUMPLE |
| 22 | Experiencia en al menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional | | No. contrato: 002 Fecha de suscripción o inicio del contrato: 04/01/2013 Fecha de terminación del Contrato: 31/10/2013 Objeto: Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL: |
| 23 | | | | | | | | | CUMPLE |
| 24 | OBSERVACIONES | | Se encuentra mal foliada la propuesta desde la página No. 114, por lo que se procede a re foliar | | | | | | |
| 25 | RESULTADO (Habilitado o subsanar) | | HABILITANDO | | | | | | |

TALENTO HUMANO HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Risuaco |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | .003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |

PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| | | | | | | |
|---------|----------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------|------------------|
| NOMBRE: | ERIKA PATRICIA BARBA MUÑOZ | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 03779 folio 159 | SI | Folios 155 a 157 |
| | | NÚMERO | 1 017 129.199 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA | NUTRICIONISTA DIETISTA | 29/02/2008 | Acta de Grado y Diploma | 29/02/2008 | 161 y 162 | SI FOLIO 154 | CUMPLE |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA UNIVERSIDAD DE QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ÚLTIMO SEMESTRE | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|--|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

MEDICO

| | | | | | | |
|---------|---------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|--------------|------------------|
| NOMBRE: | ANIBAL RAFAEL VILLA LOPEZ | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 2711/2000 Folio 208 | SI | Folios 195 a 198 |
| | | NÚMERO | 71.658.493 | | NO | |

FORMACION ACADÉMICA PARA MEDICO

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---|-----------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA | MEDICO CIRUJANO | 15/01/1999 | Diploma y acta de grado | 15/01/1999 | 199 y 200 | SI FOLIO 194 | CUMPLE |

PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| | | | | | | |
|---------|--------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|--------------|------------------|
| NOMBRE: | ANA EVARISTA CUESTA MOYA | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 207053507-1 Folio 182 | SI | Folios 177 a 180 |
| | | NÚMERO | 35.604.770 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|-----------------------------------|--------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ | Trabajadora Social | 15/09/2006 | Acta de grado y diploma | 15/09/2006 | 183 y 184 | Folio 176 | CUMPLE |

EXPERIENCIA ESPECIFICA ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Risaralda |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 25/11/2014 |

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 |
|--------------|---|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Folio | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 4 | Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 6 | Número del contrato (si tiene). | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 7 | Objeto del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 8 | Estado del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 9 | Fecha de expedición de la certificación | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 10 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 12 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 8 años previos al cierre de la convocatoria | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 13 | Fecha de inicio del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 14 | Fecha de terminación del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 15 | Total tiempo ADICIONAL certificado | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| TOTAL | | | | | |

| PUNTAJE FINAL | | PUNTAJE ASIGNADO | |
|---|---|------------------|--|
| Más de cinco años y un día en adelante de experiencia adicional | 0 | | |
| De tres años y un día a cinco años de experiencia adicional | 0 | | |
| De dos años y un día a tres años de experiencia adicional | 0 | | |

TALENTO HUMANO ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Risuicio |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria: | 003 |
| Fecha de evaluación: | 11/25/2014 |

| PERSONAL ADICIONAL | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| NOMBRE: | IDENTIFICACION | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA |
| | | | |
| LADHY JOHANA PEÑA BECERRA | Cédula de ciudadanía | No.: 24048 folio 225 | SI |
| | 35.898.134 | | NO |

| FORMACION ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL | | | | | | | |
|--|-----------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|---|-----------------------------------|
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTILLA DE INTENCION DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACION (Cumple o no Cumple) |
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | ENFERMERA PROFESIONAL | 02/03/2007 | Diploma y Acta de grado | 02/03/2007 | 223 y 224 | Folio 216 | CUMPLE |

| PERSONAL ADICIONAL | | | |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| NOMBRE: | IDENTIFICACION | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA |
| | | | |
| LORENA LASCARRO QUEJADA | Cédula de ciudadanía | No.: N/A | SI |
| | 1.077.433.661 | | NO |

| FORMACION ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCION DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACION (Cumple o no Cumple) |
| INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION Y CAPACITACION | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 31/01/2006 | Diploma y acta de grado | 31/01/2006 | 240 y 241 | 235 | CUMPLE |

| PUNTAJE FINAL | | PUNTAJE ASIGNADO | |
|--|----|------------------|--|
| UN (1) NUTRICIONISTA DIETISTA O ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE NUTRICION Y DIETETICA | 0 | | |
| UN (1) ENFERMERO PROFESIONAL | 35 | | |
| UN (1) AUXILIAR EN ENFERMERIA O GESTOR COMUNITARIO | 15 | | |

COMPONENTE JURIDICO

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Regional: | CHOCO - ALTO BAUDO |
| Nombre de Proponente: | FUNDACION AMOR Y VIDA POR EL CHOCO |
| Modalidad a la que se presenta: | CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL |
| No. Convocatoria | CP-003 |
| Fecha de evaluación: | 25 DE NOVIEMBRE DE 2014 |

| DOCUMENTOS | FOLIOS | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|--|----------------|--------|-----------|---|
| CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPOSTA DONDE SE INDIQUE EL O LOS MUNICIPIOS O DEPARTAMENTO POR EL QUE VA A PARTICIPAR FORMATO 1 | 64-66 | X | | PRESENTA PROPOSTA INDEPENDIENTE PARA EL MUNICIPIO DEL ALTO BAUDO |
| CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. FORMATO 2 | 81-85 | X | | |
| GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPOSTA | 94 | X | | SE VERIFICO QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DEL NUMERAL 3.13 DEL PUEGO DE CONDICIONES |
| CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPOSTA. | 67-70 | X | | |
| NATURALLEZA: ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | 67-70 | X | | |
| OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO | 67-70 | X | | |
| PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR. | 116-117 | X | | RESOLUCION No. 1721 DSEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2014 |
| REGISTRO UNICO DE PROPONENTES | 71-75 | X | | No es necesario, solo si lo presentara |
| AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O APODERADO PARA PRESENTAR PROPOSTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE REQUERIRSE DE ACUERDO A LOS ESTATUTOS). | 67-70 Y 79-80 | X | | |
| PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACTUE A TRAVES DE APODERADO | | | | NO APLICA |
| REGISTRO UNICO TRIBUTARIO | 77-78 | X | | |
| FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL | 76 | X | | |
| CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 92 | X | | |
| CONSULTA CERTIFICADO DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCOINES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIRI- VIGENTE, EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 93 | X | | |
| CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL | 90 | X | | |
| CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4 | 87-88 | X | | |
| DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7 | | | | NO APLICA |
| NOTA: En desarrollo de la evaluación se encontró que la propuesta tenía error de foliación, por lo tanto se procedió a corregir a partir del folio No. 114, quedando 250 folios | | | | |
| EVALUADO POR: | <i>[Firma]</i> | | | APOYO |
| NO. REGISTRO DEL REGISTRARIO RODRIGUEZ ROMANA | <i>[Firma]</i> | | | NOMBRE ANA MARIA MESA TORRES |
| CARGO: PROFESIONALES ESPECIALIZADAS OFICINA JURIDICA REGIONAL CHOCHO | | | | ABOGADA DIRECCION DE NUTRICION - SEDE DIRECCION GENERAL |
| FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2014 | | | | |

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

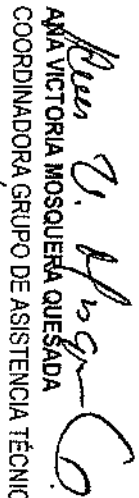
| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Alto Baudó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 04/12/2014 |

| COMPONENTE TECNICO HABILITANTE | | | |
|--|-----------|---|-----------------|
| REQUISITO | FOLIOS | OBSERVACIÓN | CUMPLENO CUMPLE |
| Carta de aceptación de condiciones | 64 a 66 | Ninguna | CUMPLE |
| Certificaciones experiencia del oferente habilitante | 120 a 151 | Ninguna | CUMPLE |
| Talento Humano Habilitante | 1 a 23 | Subsano según carta radicada el día 4/12/2014 radicado 003540 | CUMPLE |

| CRITERIO DE PONDERACIÓN | REQUISITOS DE PONDERACIÓN | PUNTAJE OBTENIDO |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------|
| EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE | | 0 |
| TALENTO HUMANO ADICIONAL | | 50 |
| TOTAL | | 50 |

OBSERVACION:

EVALUADO POR :


ANA VICTORIA MOSQUERA QUESADA
 COORDINADORA GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA


YOFADY STELLA LOZANO ROA
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO

EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE

| | |
|---|---|
| Regional: | Chocó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria: | 003 |
| Fecha de evaluación: | 29/11/2014 |
| Presupuesto Oficial al cual se presenta | \$ 407.209.509,00 |
| Municipio(s) al cual se presenta | Alto Baudó |
| Para unión temporal o consorcio | 1. Nombre de las empresas que la conforman % de participación de cada empresa Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia |

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

| # | REQUISITOS | CERTIFICACION 1 | CERTIFICACION 2 | CERTIFICACION 3 | CERTIFICACION 4 | CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO: | CUMPLE |
|----|---|---|--|-----------------|-----------------|-------------------------------|--------------------|
| 1 | Folio | 120 a 136 | 137 a 151 | | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | Fundación Amor y Vida por el Chocó | Fundación Amor y Vida por el Chocó | | | | |
| 4 | Firma Integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | N/A | N/A | | | | |
| 5 | Número del contrato (si tiene). | 002/2013 | 236/2013 | | | | |
| 6 | Estado del contrato | SIN LICUJAR | EN EJECUCION | | | | |
| 7 | % de ejecución (cuando aplique) | N/A | 81% | | | | |
| 8 | Objeto del contrato. | Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | Contribuir a la recuperación de los niños y niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa y modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | | | |
| 10 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria | SI | SI | | | CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO: | CUMPLE |
| 11 | Fecha de inicio del contrato | 04/07/2013 | 30/10/2013 | | | TOTAL MESES | |
| 12 | Fecha de terminación del contrato | 31/10/2013 | 15/12/2014 | | | | 20 meses y 27 días |
| 13 | Tiempo de experiencia (años/meses/días) | 9 meses y 27 días | 11 meses | | | CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO: | CUMPLE |
| 14 | | | | | | TOTAL PRESUPUESTO | |
| 15 | Valor del Contrato en Pesos(finicudas adiciones) | \$ 324.106.513,0 | \$ 336.578.804,00 | | | TOTAL PRESUPUESTO | |
| 16 | Valor del contrato actualizado a SMMLV 2014 | \$ 338.676.186,6 | \$ 341.904.208,6 | | | | \$ 680.580.395,2 |

TALENTO HUMANO HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Alto Baudó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 04/12/2014 |

PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| | | | | | | |
|---------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| NOMBRE: | LENIS YARLETH UBALDO EMERY | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO | Cédula de ciudadanía 1.038.801.414 | No.: 04385 | SI NO | Folios 156 al 159 |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|------------------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA | NUTRICIONISTA DIETISTA | 09/12/2011 | Acta de grado | 09/12/2011 | 25 | SI FOLIO 19 | CUMPLE |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA UNIVERSIDAD DE QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ÚLTIMO SEMESTRE | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|--|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

MEDICO

| | | | | | | |
|---------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------|----|
| NOMBRE: | WILLINTON SALAZAR PALACIOS | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO | Cédula de ciudadanía 12.022.267 | No.: 6853/811 | SI NO | SI |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA MEDICO

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|----------------------------|-----------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO | MEDICO CIRUJANO | 27/01/2010 | Acta de grado | 16/01/2010 | 11 | SI FOLIO 2 | CUMPLE |

PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| | | | | | | |
|---------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|
| NOMBRE: | MARLEY YULISA BEJARANO ROBLEDO | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO | Cédula de ciudadanía 35.895.091 | No.: 208163507-1 folio 179 | SI NO | Folios 175 a 177 |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|-----------------------------------|--------------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | TRABAJADORA SOCIAL | 11/04/2008 | DIPLOMA DE GRADO | 11/04/2008 | 178 | SI FOLIO 174 | CUMPLE |

EXPERIENCIA ESPECIFICA ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Alito Baudó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 25/11/2014 |

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 | TOTAL |
|----|---|---|-------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| 1 | Folio | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 4 | Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 6 | Número del contrato (si tiene). | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 7 | Objeto del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 8 | Estado del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 9 | Fecha de expedición de la certificación | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 10 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 12 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 8 años previos al cierre de la convocatoria | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 13 | Fecha de inicio del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 14 | Fecha de terminación del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 15 | Total tiempo ADICIONAL certificado | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| | | PUNTAJE FINAL | PUNTAJE ASIGNADO | | | |
| | | Más de cinco años y un día en adelante de experiencia adicional | 0 | | | |
| | | De tres años y un día a cinco años de experiencia adicional | 0 | | | |
| | | De dos años y un día a tres años de experiencia adicional | 0 | | | |

TALENTO HUMANO ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Alto Baudó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria: | 093 |
| Fecha de evaluación: | 04/12/2014 |

PERSONAL ADICIONAL

| | | | | | | |
|---------|------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|--------------|------------------|
| NOMBRE: | MARIA ANTONIA CUESTA CORDOBA | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 24844 | SI | Foños 201 al 202 |
| | | NÚMERO | 35.895.504 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | ENFERMERA PROFESIONAL | 05/09/2008 | Acta de Grado | 05/09/2008 | 203 | Foño 200 | CUMPLE |

PERSONAL ADICIONAL

| | | | | | | |
|---------|-------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|--------------|-----------|
| NOMBRE: | SANDRA YANETH CORDOBA JUANCHO | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: N/A | SI | 217 a 218 |
| | | NÚMERO | 35.687.476 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|-------------------------------|------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| CENTRO DE CAPACITACIÓN CENCAC | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 29/12/2009 | Acta de grado y diploma | 29/12/2009 | 221 y 222 | 216 | CUMPLE |

| PUNTAJE FINAL | PUNTAJE ASIGNADO |
|--|------------------|
| UN (1) NUTRICIONISTA DIETISTA O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 0 |
| UN (1) ENFERMERO PROFESIONAL | 35 |
| UN (1) AUXILIAR EN ENFERMERÍA O GESTOR COMUNITARIO | 15 |

COMPONENTE JURIDICO

CHOCO - ITSMINA

FUNDACION AMOR Y VIDA POR EL CHOCO

CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL

CP-003

25 DE NOVIEMBRE DE 2014

| REGIONAL: | DOCUMENTOS | FOLIOS | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---------------------------------|--|---------------|--------|-----------|--|
| Nombre de Proponente: | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROUESTA DONDE SE INDIQUE EL O LOS MUNICIPIOS O DEPARTAMENTO POR EL QUE VA A PARTICIPAR FORMATO 1 | 64-66 | X | | PRESENTA PROUESTA INDEPENDIENTE PARA EL MUNICIPIO DE ITSMINA |
| Modalidad a la que se presenta: | | | | | |
| No. Convocatoria: | | | | | |
| Fecha de evaluacion: | | | | | |
| | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. FORMATO 2 | 81-86 | X | | |
| | GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROUESTA | 94 | X | | SE VERIFICO QUE CUMPLIA CON LOS REQUISITOS DEL NUMERAL 3.13 DEL PLEGO DE CONDICIONES |
| | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROUESTA | 67-70 | X | | |
| | NATURALEZA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | 67-70 | X | | |
| | OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO | 67-70 | X | | |
| | PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR- | 116-117 | X | | RESOLUCION No. 1721 DSEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2014 |
| | REGISTRO UNICO DE PROPONENTES | 71-75 | X | | No es necesario, solo si lo presentian |
| | AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL VO APODERADO PARA PRESENTAR PROUESTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE REQUERIRSE DE ACUERDO A LOS ESTATUTOS); | 67-70 Y 79-80 | X | | |
| | PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACUIE A TRAVES DE APODERADO | | | | NO APLICA |
| | REGISTRO UNICO TRIBUTARIO | 77-78 | X | | |
| | FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL | 76 | X | | |
| | CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 92 | X | | |
| | CONSULTA CERTIFICADO DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIRI- VIGENTE. EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 93 | X | | |
| | CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL | 90 | X | | |
| | CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4 | 87-88 | X | | |
| | DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7 | | | | NO APLICA |
| | NOTA: En desarrollo de la evaluacion se encontro que la requesta tenia factor de falsacion, por lo tanto se procedio a corregir a partir del folio No. 114, quedando 226 folios | | | | |
| | EVALUADO POR: | | | | APYO: <i>Diana Torres</i> |
| | NOMBRE DEL EVALUADOR: | | | | <i>Diana Torres</i> |
| | CARGO PROFESIONAL ESPECIALIZADO OFICINA JURIDICA REGIONAL CHOCO | | | | ABOGADA DIRECCION DE NUTRICION - SEDE DIRECCION GENERAL |
| | FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2014 | | | | |

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Istmina |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 04/12/2014 |

COMPONENTE TECNICO HABILITANTE


| REQUISITO | FOLIOS | OBSERVACIÓN | CUMPLENO CUMPLE |
|--|-----------|---|-----------------|
| Carta de aceptación de condiciones | 64 a 66 | Ninguna | CUMPLE |
| Certificaciones experiencia del oferente habilitante | 120 a 151 | Ninguna | CUMPLE |
| Talento Humano Habilitante | 1 a 18 | Subsano según carta radicada el día 4/12/2014 radicado 003540 | CUMPLE |

| CRITERIO DE PONDERACIÓN | REQUISITOS DE PONDERACIÓN | PUNTAJE OBTENIDO |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------|
| EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE | | 0 |
| TALENTO HUMANO ADICIONAL | | 50 |
| TOTAL | | 50 |

OBSERVACIÓN:

EVALUADO POR :


ANA VICTORIA MOSQUERA QUESADA
 COORDINADORA GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA


YOFALDY STELLA ALZAMOR-ROA
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO

EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |

| | |
|---|---|
| Presupuesto Oficial al cual se presenta | \$ 407.209.509,00 |
| Múltiple(s) al cual se presenta | ISTMINA |
| Para unión temporal o consorcio | 1. Nombre de las empresas que la conforman % de participación de cada empresa Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia |

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 | |
|----|---|---|---|-----------------|-----------------|--------------------------------------|
| 1 | Folio | 119-135 | 136-150 | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | Fundación Amor y Vida por el Chocó | Fundación Amor y Vida por el Chocó | | | |
| 4 | Firma Integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | N/A | N/A | | | |
| 5 | Número del contrato (si tiene) | 002/2013 | 238/2013 | | | |
| 6 | Estado del contrato | SIN LIQUIDAR | EN EJECUCION | | | |
| 7 | % de ejecución (cuando aplique) | N/A | 81% | | | |
| 8 | Objeto del contrato | Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | Contribuir a la recuperación de los niños y niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa y a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | | |
| 10 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria | SI | SI | | | CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO: CUMPLE |
| 11 | Fecha de inicio del contrato | 04/01/2013 | 30/10/2013 | | | |
| 12 | Fecha de terminación del contrato | 31/10/2013 | 15/12/2014 | | | TOTAL MESES |
| 13 | Tiempo de experiencia (años, meses / días) | 9 meses y 27 días | 11 meses | | | 20 meses y 27 días |
| 14 | | | | | | CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO: CUMPLE |

| | | | | | | | | | |
|----|---|----|--|----|--|--|--|--|---|
| 15 | Valor del Contrato en Pesos(Incluidas adiciones) | \$ | 324.106.513,0 | \$ | 338.578.804,00 | | | | TOTAL PRESUPUESTO |
| 16 | Valor del contrato actualizado a SMMLV 2014 | \$ | 338.576.166,6 | \$ | 341.904.208,6 | | | | \$ 680.580.395,2 |
| 17 | | | | | | | | | CUMPLE |
| 19 | Fecha de expedición de la certificación | | 19/11/2014 | | 19/11/2014 | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO: |
| 20 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | | YARLEY SANTOS ANDRADES, profesional especializada con funciones de coordinadora del grupo jurídico del ICBF Regional Chocó | | YARLEY SANTOS ANDRADES, profesional especializada con funciones de coordinadora del grupo jurídico del ICBF Regional Chocó | | | | |
| 22 | Experiencia en al menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional | | No. contrato: 002 Fecha de suscripción o inicio del contrato: 04/01/2013 Fecha de terminación del Contrato: 31/10/2013 Objeto: Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | | | | | CUMPLE |
| 23 | | | | | | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. |
| 24 | OBSERVACIONES | | Se encuentra mal talada la propuesta desde la página No. 114, por lo que se proceda a re foliar. | | | | | | |
| 25 | RESULTADO (habilitado o subsanar) | | HABILITANDO | | | | | | |

TALENTO HUMANO HABILITANTE

| | |
|--|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Istmina |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | .003 |
| Fecha de evaluación: | 04/12/2014 |

PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| | | | | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|-----------|
| NOMBRE: | NATALY GAMBOA CORDOBA | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | | No.: 04303 | SI |
| | | NÚMERO | 1.128.468.565 | NO | | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|------------------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA | NUTRICIONISTA DIETISTA | 07/09/2012 | Acta de grado | 07/09/2012 | 13 | 04/01/1900 | CUMPLE |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA UNIVERSIDAD DE QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ÚLTIMO SEMESTRE | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|--|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

MEDICO

| | | | | | | |
|----------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|-----------|
| NOMBRE: | SENEN HINESTROZA IBARGUEN | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | | No.: 2767/2010 | SI |
| | | NÚMERO | 1,077,420,264 | NO | | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA MEDICO

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|------------------------------------|-----------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN | MEDICO | 18/12/2008 | DIPLOMA DE GRADO | 18/12/2008 | 193 | SI FOLIO 188 | CUMPLE |

PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| | | | | | | |
|----------------|------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| NOMBRE: | CARMEN ENEIDA CALDERON GEOVO | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | | No.: 132894307-1 folio 181 | SI |
| | | NÚMERO | 43,641,241 | NO | | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|-----------------------------------|--------------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | TRABAJADORA SOCIAL | 23/03/2007 | ACTA DE GRADO | 23/03/2007 | 179 | SI FOLIO 175 | CUMPLE |

OBSERVACIÓN:

EXPERIENCIA ESPECIFICA ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Istmina |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | .003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |

| # | REQUISITOS | CERTIFICACION 1 | CERTIFICACION 2 | CERTIFICACION 3 | CERTIFICACION 4 |
|--------------|---|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Folio | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 4 | Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 6 | Número del contrato (si tiene). | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 7 | Objeto del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 8 | Estado del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 9 | Fecha de expedición de la certificación | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 10 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 12 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 8 años previos al cierre de la convocatoria | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 13 | Fecha de inicio del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 14 | Fecha de terminación del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| 15 | Total tiempo ADICIONAL certificado | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | |
| TOTAL | | | | | |

| PUNTAJE FINAL | | PUNTAJE ASIGNADO | |
|---|--|------------------|--|
| Más de cinco años y un día en adelante de experiencia adicional | | 0 | |
| De tres años y un día a cinco años de experiencia adicional | | 0 | |
| De dos años y un día a tres años de experiencia adicional | | 0 | |

TALENTO HUMANO ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Istmina |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria: | 003 |
| Fecha de evaluación: | 04/12/2014 |

| PERSONAL ADICIONAL | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| NOMBRE: | IDENTIFICACIÓN | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA |
| | | | |
| JHON JAMES ABADIA PALACIOS | Cédula de ciudadanía | No.: 26987 | SI |
| | 11 812 510 | | NO |
| Folios 208-210 | | | |

| FORMACIÓN ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL | | | | | | | |
|--|-----------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|---|-----------------------------------|
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTAS DE INTENCION DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACION (Cumple o no Cumple) |
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | ENFERMERO | 27/03/2009 | Acta de Grado | 27/03/2009 | 212 | Folio 207 | CUMPLE |

| PERSONAL ADICIONAL | | | |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| NOMBRE: | IDENTIFICACIÓN | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA |
| | | | |
| SANDRA YANETH CORDOBA JUANCHI | Cédula de ciudadanía | No.: N/A | SI |
| | 35 650 031 | | NO |
| 221 | | | |

| FORMACIÓN ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|---------|---|-----------------------------------|
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTAS DE INTENCION DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACION (Cumple o no Cumple) |
| ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 04/09/2010 | Acta de grado y diploma | 04/09/2010 | 223-224 | Folio 220 | CUMPLE |

| PUNTAJE FINAL | | PUNTAJE ASIGNADO | |
|--|----|------------------|--|
| UN (1) NUTRICIONISTA DIETISTA O ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE NUTRICION Y DIETETICA | 0 | | |
| UN (1) ENFERMERO PROFESIONAL | 35 | | |
| UN (1) AUXILIAR EN ENFERMERIA O GESTOR COMUNITARIO | 15 | | |

OBSERVACION:

COMPONENTE JURIDICO

CHOCO - QUIBDO

FUNDACION AMOR Y VIDA POR EL CHOCO
CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL

CP-003

25 DE NOVIEMBRE DE 2014

| REGIONAL: | Nombre de Proponente: | Modalidad a la que se presenta: | No. Convocatoria | Fecha de evaluación: | DOCUMENTOS | FOLIOS | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|-----------|-----------------------|---------------------------------|------------------|----------------------|---|---------------|--------|-----------|---|
| | | | | | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA DONDE SE INDIQUE EL O LOS MUNICIPIOS O DEPARTAMENTO POR EL QUE VA A PARTICIPAR FORMATO 1 | 64-66 | X | | PRESENTA PROPUESTA INDEPENDIENTE PARA EL MUNICIPIO DE QUIBDO |
| | | | | | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. FORMATO 2 | 81-85 | X | | |
| | | | | | GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA | 94 | X | | SE VERIFICO QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DEL NUMERAL 3.13 DEL PLEGO DE CONDICIONES |
| | | | | | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPUESTA | 67-70 | X | | |
| | | | | | NATURALEZA. ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | 67-70 | X | | |
| | | | | | OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO | 67-70 | X | | |
| | | | | | PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR. | 146-147 | X | | RESOLUCION No. 1721 DSEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2014 |
| | | | | | REGISTRO UNICO DE PROPONENTES | 71-75 | X | | No es necesario, solo si lo presentan |
| | | | | | AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL V/O APODERADO PARA PRESENTAR PROPUESTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE REQUERIRSE DE ACUERDO A LOS ESTATUTOS) | 67-70 y 79-80 | X | | |
| | | | | | PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACTUE A TRAVES DE APODERADO | | | | NO APLICA |
| | | | | | REGISTRO UNICO TRIBUTARIO | 77-78 | X | | |
| | | | | | FOTOCOPIA DE LA Cedula DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL | 76 | X | | |
| | | | | | CONSULTA BOLETIN RESPONSABILIDADES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 92 | X | | |
| | | | | | CONSULTA CERTIFICADO DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIR- VIGENTE, EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 93 | X | | |
| | | | | | CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL | 90 | X | | |
| | | | | | CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4 | 87-88 | X | | |
| | | | | | DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7 | | | | NO APLICA |
| | | | | | NOTA: En desarrollo de la evaluación se encontró que la propuesta tema error de foliación por lo tanto se procedió a corregir a partir del folio No. 114, quedando 250 folios | | | | |
| | | | | | EVALUADOR | | | | APROVO |
| | | | | | Nombre <i>[Firma]</i> DEL ROSARIO RODRIGUEZ ROMANA FARIAS VENTANOS ANCHADE | | | | Nombre ANA MARIA MESA TORRES |
| | | | | | CARGO: PROFESIONALES ESPECIALIZADAS OFICINA JURIDICA REGIONAL CHOCIO | | | | ABOGADA DIRECCION DE NUTRICION - SEDE DIRECCION GENERAL |
| | | | | | FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2014 | | | | |

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Regional: | Chocó - Quibdó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria: | 003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |

| REQUISITO | FOLIOS | OBSERVACIÓN | CUMPLENO CUMPLE |
|--|-----------|-------------|-----------------|
| Carta de aceptación de condiciones | 64 a 66 | Ninguna | CUMPLE |
| Certificaciones experiencia del oferente habilitante | 115 a 147 | Ninguna | CUMPLE |
| Talento Humano Habilitante | 152 a 212 | Ninguna | CUMPLE |

| CRITERIO DE PONDERACIÓN | REQUISITOS DE PONDERACIÓN | PUNTAJE OBTENIDO |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------|
| EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE | | 0 |
| TALENTO HUMANO ADICIONAL | | 15 |
| TOTAL | | 15 |

EVALUADO POR :

Beber N. Mosquera Co.
ANA VICTORIA MOSQUERA QUESADA
 COORDINADORA GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA

Angie Julieth Santamaria Garcia
APOYO: ANGE JULIETH SANTAMARIA GARCIA
 NUTRICIONISTA DIRECCION DE NUTRICION

Yofaidy Steffatozano Roa
YOFADY STEFFATOZANO ROA
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO

EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|--|
| Región: | Chocó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |

| | | |
|--|---|--------|
| Presupuesto Oficial al cual se presenta Municipio(s) al cual se presenta | \$ 407.209.509,00 | Quibdó |
| Para unión temporal o consorcio | 1. Nombre de las empresas que la conforman | |
| | % de participación de cada empresa | |
| | Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia | |

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MÍNIMA HABILITANTE

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 |
|----|---|---|--|--|-----------------|
| 1 | Folio | 115 a 131 | 132 a 146 | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | |
| 3 | Nombre del Contratista | Fundación Amor y Vida por el Chocó | Fundación Amor y Vida por el Chocó | | |
| 4 | Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | N/A | N/A | | |
| 5 | Número del contrato (si tiene). | 002/2013 | 236/2013 | | |
| 6 | Estado del contrato | SIN LÍQUIDAR | EN EJECUCION | | |
| 7 | % de ejecución (cuando aplique) | N/A | 81% | | |
| 8 | Objeto del contrato | Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | Contribuir a la recuperación de los niños y niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa y modalidad de Centros de recuperación Nutricional, con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las Instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | |
| 10 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria | SI | SI | | |
| 11 | Fecha de inicio del contrato | 04/01/2013 | 30/10/2013 | | |
| 12 | Fecha de terminación del contrato | 31/10/2013 | 15/12/2014 | | |
| 13 | Tiempo de experiencia (en meses / días) | 9 meses y 27 días | 11 meses | | |
| 14 | | | | | |
| | | CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO: | | CUMPLE | |
| | | CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO: | | TOTAL MESES: 20 meses y 27 días | |
| | | | | CUMPLE | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|----|--|----|--|--|--|--|--|
| 15 | Valor del Contrato en Pesos(Incluidas adiciones) | \$ | 324.106.513,0 | \$ | 338.578.804,00 | | | | TOTAL PRESUPUESTO |
| 16 | Valor del contrato actualizado a SMMLV 2014 | \$ | 338.676.186,61 | \$ | 341.904.208,6 | | | | \$ 860.580.395,2 |
| 17 | | | | | | | | | CUMPLE |
| 19 | Fecha de expedición de la certificación | | 19/11/2014 | | 19/11/2014 | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO: |
| 20 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | | YARLEY SANTOS ANDRADES, profesional especializada con funciones de coordinadora del grupo jurídico del ICBF Regional Chocó | | YARLEY SANTOS ANDRADES, profesional especializada con funciones de coordinadora del grupo jurídico del ICBF Regional Chocó | | | | |
| 22 | Experiencia en al menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional | | No. contrato: 002 Fecha de suscripción o inicio del contrato: 04/01/2013 Fecha de terminación del Contrato: 31/10/2013 Objeto: Contribuir a la recuperación de los niños y las niñas menores de cinco (5) años con desnutrición global y aguda severa a través de la modalidad de Centros de recuperación Nutricional con la participación activa de la familia y la comunidad, la articulación de las instituciones de Sistema Nacional de Bienestar Familiar en concordancia con lo establecido en los lineamientos técnicos. | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | CUMPLE |
| 24 | OBSERVACIONES | | Se encuentra mal forjada la propuesta desde la página No. 114, por lo que se procede a re foliar. | | | | | | |
| 25 | RESULTADO (habilitado o subsemar) | | HABILITANDO | | | | | | |

TALENTO HUMANO HABILITANTE

| | |
|--|--|
| Regional: | Chocó - Quibdó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | .003 |
| Fecha de evaluación: | 26/11/2014 |

PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| | | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|------------------|
| NOMBRE: | YENNY MARCELA HINESTRIZA LOPEZ | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 05138 Folio 164 | SI | Folios 155 a 159 |
| | | NÚMERO | 1.045.603.867 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD DE ANTIÓQUIA | NUTRICIONISTA DIETISTA | 19/07/2012 | Diploma y Acta de Grado | 19/07/2012 | 160 y 161 | SI FOLIO 154 | CUMPLE |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA UNIVERSIDAD DE QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ÚLTIMO SEMESTRE | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|--|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

MEDICO

| | | | | | | |
|----------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|------------------|
| NOMBRE: | MARY NANCY ROSALES QUINTO | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 1488/2009 FOLIO 214 | SI | Folios 194 a 202 |
| | | NÚMERO | 30.237.685 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA MEDICO

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|---------------------------|-----------------|----------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD DE MANIZALES | MEDICA | 19/02/2009 | Diploma y Acta de grado | 19/02/2009 | 203 y 204 | SI FOLIO 193 | CUMPLE |

PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| | | | | | | |
|----------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|------------------|
| NOMBRE: | ANGELICA MURILLO MOSQUERA | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de ciudadanía | No.: 152703507-1 Folio 181 | SI | Folios 172 a 176 |
| | | NÚMERO | 35.696.500 | | NO | |

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple) |
|-----------------------------------|--------------------|----------------|---------------------------|---------------------|-----------|--|-----------------------------------|
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | TRABAJADORA SOCIAL | 09/09/2005 | Diploma y Acta de grado y | 09/09/2005 | 182 y 183 | SI FOLIO 171 | CUMPLE |

EXPERIENCIA ESPECIFICA ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Quibdó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | .003 |
| Fecha de evaluación: | 25/11/2014 |

| # | REQUISITOS | CERTIFICACION 1 | CERTIFICACION 2 | CERTIFICACION 3 | CERTIFICACION 4 | |
|--------------|---|--|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| 1 | Folio | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 4 | Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 6 | Número del contrato (si tiene) | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 7 | Objeto del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 8 | Estado del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 9 | Fecha de expedición de la certificación | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 10 | Nombre y cargo de quien expide la certificación. | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 12 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 8 años previos al cierre de la convocatoria | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 13 | Fecha de inicio del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 14 | Fecha de terminación del contrato | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| 15 | Total tiempo ADICIONAL certificado | OFERENTE NO PRESENTA EXPERIENCIA ADICIONAL | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

| PUNTAJE FINAL | | PUNTAJE ASIGNADO | |
|---|--|------------------|--|
| Más de cinco años y un día en adelante de experiencia adicional | | 0 | |
| De tres años y un día a cinco años de experiencia adicional | | 0 | |
| De dos años y un día a tres años de experiencia adicional | | 0 | |

TALENTO HUMANO ADICIONAL

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | Chocó - Quibdó |
| Nombre de Proponente: | Fundación Amor y Vida por el Chocó |
| Modalidad a la que se presenta: | Centros de Recuperación Nutricional |
| No. Convocatoria | 003 |
| Fecha de evaluación: | 11/25/2014 |

| PERSONAL ADICIONAL | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|----------|
| NOMBRE: GLORIA ESTELLA RINCON CHAVERRA | IDENTIFICACION | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO | Cédula de ciudadanía 35.601.299 | No.: NO PRESENTA | SI NO |

| FORMACION ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL | | | | | | | |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|--|--|
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | INTENCION DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACION (Cumple o no Cumple) |
| UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO | ENFERMERA PROFESIONAL | 10/12/2010 | Diploma | 10/12/2010 | 223 | Folio 216 | NO CUMPLE |

| PERSONAL ADICIONAL | | | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|
| NOMBRE: TANIA MILENA PALACIOS PALACIOS | IDENTIFICACION | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO | Cédula de ciudadanía 26.279.423 | No.: N/A |

| FORMACION ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL | | | | | | | |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|---|--|
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO | DOCUMENTOS APORTADOS | FECHA DEL DOCUMENTO | FOLIO | CARTA DE INTENCION DE SUSCRIBIR CONTRATO | VERIFICACION (Cumple o no Cumple) |
| CENTRO TÉCNICO DE QUIBDÓ | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 20/01/2013 | Diploma y acta de grado | 20/01/2013 | 240 y 241 | Folio 236 | CUMPLE |

| PUNTAJE FINAL | | PUNTAJE ASIGNADO | |
|--|----|------------------|--|
| UN (1) NUTRICIONISTA DIETISTA O ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE NUTRICION Y DIETETICA | 0 | | |
| UN (1) ENFERMERO PROFESIONAL | 0 | | |
| UN (1) AUXILIAR EN ENFERMERIA O GESTOR COMUNITARIO | 15 | | |

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
EVALUACIÓN FINANCIERA NUTRICIÓN

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| PROPONENTE: | FUNDACION AMOR Y VIDA POR EL CHOCO |
| VALOR DE LA PROPUESTA EN PESOS: | \$1.628.838.036 |
| VALOR DE LA PROPUESTA EN SMMLV: | 2644 |
| NUMERO DE NIT | 900326335-7 |

INDICADORES SOLICITADOS SEGÚN VALOR DEL PRESUPUESTO PRESENTADO

| | |
|------------------------|-----|
| LIQUIDEZ | 1,3 |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO | 62% |

| | |
|------------------|-----------|
| ACTIVO CORRIENTE | \$294.843 |
| ACTIVO TOTAL | \$336.108 |
| PASIVO CORRIENTE | \$51.553 |
| PASIVO TOTAL | \$51.553 |

INDICADORES FINANCIEROS DEL PROPONENTE

Capacidad Financiera

| | | |
|------------------------|------|--------|
| LIQUIDEZ | 5,72 | CUMPLE |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO | 15% | CUMPLE |

CONSOLIDADO GENERAL: EL PROPONENTE CUMPLE NO CUMPLE
CON LA CAPACIDAD FINANCIERA

NOTA: La Fundación Amor y Vida por el Chocó cumple con los indicadores financieros definidos en el pliego de condiciones para la convocatoria CP-003-2014 en el ICBF Regional Chocó.

