

**ACTA DE INFORME DE EVALUACIÓN DEFINITIVA DE PROPUESTAS  
 PROCESO DE CONVOCATORIA PÚBLICA DE APOORTE N° 001 de 2014**

En Santiago de Cali , el día 05 de Diciembre de 2014, en las instalaciones de la Regional Valle del Cauca 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 001 de 2014 cuyo objeto es: *"Desarrollar acciones a través de la modalidad Recuperación Nutricional con énfasis en los Primeros 1.000 días que contribuyan al mejoramiento y/o recuperación de los niños y las niñas menores de dos años con desnutrición global, aguda y en riesgo, así como mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia con bajo peso, 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, mediante la entrega de complementación alimentaria a través de raciones para preparar y el desarrollo de actividades complementarias"*.

Se procede a evaluar las propuestas presentadas el día 25 de Noviembre de 2014 hasta las 3:00 p.m., fecha y hora prevista para el cierre del proceso de **CONVOCATORIA PÚBLICA DE APOORTE N° 001 de 2014**; por los siguientes proponentes:

Nº	Proponente
1	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO
2	FUNDACOBA

El ICBF, a través del Comité Asesor Evaluador, verificó que las propuestas cumplieran 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 tanto se procede a emitir informe de evaluación definitivo conforme a la evaluación jurídica, técnica y financiera:

RESULTADO EVALUACIÓN					
Nº	PROPONENTE	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS JURIDICOS CUMPLE/NO CUMPLE	EVALUACIÓN FINANCIERA		EVALUACIÓN TÉCNICA CUMPLE/NO CUMPLE
			INDICE DE LIQUIDEZ CUMPLE/NO CUMPLE	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO CUMPLE/NO CUMPLE	
1	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO	NO CUMPLE SUBSANAR	CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE SUBSANAR
2	FUNDACOBA	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

**Nota:** Se publicará en documento adjunto al presente documento.

001 DE 2014:

**Nota:** Se publicará en documento adjunto al presente documento.

El proponente FUNDACOBA posterior a la fecha de publicación del informe preliminar de evaluación, subsanó lo correspondiente al talento humano habilitante, aportando hoja de vida de Nutricionista Dietista con su respectiva tarjeta profesional.

La experiencia adicional aportada por el proponente FUNDACOBA posterior a la fecha de publicación del informe preliminar de evaluación, no se tiene en cuenta porque es objeto de ponderación y no puede ser objeto de subsanación.

Por lo anterior el Comité Evaluador designado por el ICBF, concluye que atendiendo la evaluación técnica, jurídica y financiera procede a emitir el resultado de la evaluación definitiva y la lista de habilitados dentro del proceso de Convocatoria Pública de Aporte 001 de 2014:

RESULTADO EVALUACIÓN DEFINITIVA							
Nº	PROPONENTE	DOCUMENTOS HABILITANTES CUMPLE/NO CUMPLE			REQUISITOS DE PONDERACIÓN (PUNTAJE)		
		JURÍDICOS	FINANCIEROS	TÉCNICOS	EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE	INSUMOS ADICIONALES	PUNTAJE TOTAL
1	FUNDACOBA	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	0	0	0

ORIGINAL FIRMADO

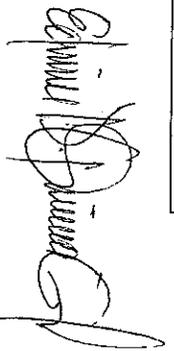
GRUPO A QUE CORRESPONDE	NOMBRE DEL EVALUADOR
GRUPO JURIDICO	EDWIN PEÑA GIL
GRUPO JURIDICO	SOLLY SANTA CELIA
GRUPO TECNICO	WILLIAM HURTADO GONZALEZ
GRUPO TECNICO	CONSUELO ESCORCIA MEDINA
GRUPO FINANCIERO	MARTHA AREVALO
GRUPO FINANCIERO	EUCARIS MURILLO DOMINGUEZ

## COMPONENTE JURIDICO

Regional:	VALLE DEL CUACA
Nombre de Proponente:	VALLE SOLIDARIO
Modalidad a la que se presenta:	RECUPERACION NUTRICIONAL CON ENFOQUE COMUNITARIO
No. Convocatoria	1
Fecha de evaluacion:	26 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	007-009	X		
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. FORMATO 2	38	X		No Aporta la Tarjeta Profesional del Revisor Fiscal y documentos adjuntos
GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPOSTA	84-93	X		
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROponente CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPOSTA	0012-017	X		
NATURALLEZA: ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO	012-017	X		
OBJETO SOCIAL DEL PROponente O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO	012-017	X		
PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR.			X	
REGISTRO UNICO DE PROponentES	19-27			No es necesario, solo si lo presentan
AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O APODERADO PARA PRESENTAR PROPOSTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE REQUERIRSE DE ACUERDO A LOS ESTATUTOS).	31-33	X		
PODER EN CASO QUE EL PROponente ACTUE A TRAVES DE APODERADO				NO APLICA
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	82	X		
FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL	36	X		
CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA	77-78	X		
CONSULTA CERTIFICADO DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIRI- VIGENTE, EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA	75	X		
CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL	80	X		
CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROponente FORMATO 4	71-73	X		
DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6- 7				NO APLICA

EVALUADO POR : COORDINADORA JURIDICA Y ABOGADO CONTRATISTA  
 NOMBRE: SOLLY SANTA CELIA Y EDWIN PENIA GIL  
 CARGO: COORDINADORA JURIDICA Y ABOGADO CONTRATISTA  
 FECHA : 26/11/2014



COMPONENTE JURIDICO

VALLE DEL GUACA

FUNDACIÒN

RECUPERACION NUTRICIONAL CON ENFOQUE COMUNITARIO

26 DE NOVIEMBRE DE 2014

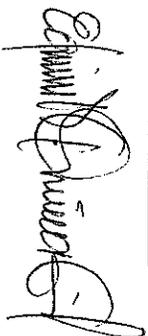
REGIONAL:	Nombre de Proponente:	Modalidad a la que se presenta:	No. Convocatoria	Fecha de evaluaciòn:
DOCUMENTOS	FOLIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA DONDE SE INDIQUE EL O LOS MUNICIPIOS O DEPARTAMENTO POR EL QUE VA A PARTICIPAR FORMATO 1	001-003	X		
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES FORMATO 2	10	X		No Aporta la Tarjeta Profesional del Revisor Fiscal y documentos adjuntos
GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA	19	X		
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPUESTA	005-006	X		
NATURALEZA: ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO	005-006	X		
OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO	005-006	X		
PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR-	007-008	X		6710 DEL 21/11/2014
REGISTRO UNICO DE PROPONENTES		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 ESTATUTOS).	005-006	X		
PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACTÙE A TRAVÉS DE APODERADO				NO APLICA
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	18	X		
FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL	9	X		
CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA	015-016	X		
CONSULTA CERTIFICADO DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIRI- VIGENTE, EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA	14	X		
CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL	17	X		
CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4	011-012	X		
DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7				NO APLICA

EVALUADO POR : COORDINADORA JURIDICA Y ABOGADO CONTRATISTA

NOMBRE: SOLLY SANTA CELIA Y EDWIN PENNA GIL

CARGO COORDINADORA JURIDICA Y ABOGADO CONTRATISTA

FECHA : 26/11/2014



INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF  
 CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS  
 EVALUACIÓN FINANCIERA NUTRICIÓN

PROPONENTE:	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO
VALOR DE LA PROPUESTA EN PESOS:	\$268.139.271
VALOR DE LA PROPUESTA EN SMLV:	435
NUMERO DE NIT	805029170

INDICADORES SOLICITADOS SEGUN VALOR DEL PRESUPUESTO PRESENTADO	LIQUIDEZ	1,15
	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	66%

ACTIVO CORRIENTE	\$1.918.253.665
ACTIVO TOTAL	\$3.465.092.338
PASIVO CORRIENTE	\$301.302.729
PASIVO TOTAL	\$1.540.658.857
INDICADORES FINANCIEROS DEL PROPONENTE	
Capacidad Financiera	
LIQUIDEZ	6,37
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	44%

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

*Storillo Lina Ospina*  
 TP 61958-7

*[Signature]*  
 TP 60338

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF  
 CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS  
 EVALUACIÓN FINANCIERA NUTRICIÓN

PROYECTANTE:	FUNDACION FUNDACOBA
VALOR DE LA PROPUESTA EN PESOS:	\$268.139.271
VALOR DE LA PROPUESTA EN SMLV:	435
NUMERO DE NIT	802023177-4

INDICADORES SOLICITADOS SEGUN VALOR DEL PRESUPUESTO PRESENTADO	LIQUIDEZ	1,15
	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	66%

ACTIVO CORRIENTE	\$4.577.387.091
ACTIVO TOTAL	\$4.726.743.864
PASIVO CORRIENTE	\$316.471.047
PASIVO TOTAL	\$316.471.047
INDICADORES FINANCIEROS DEL PROPONENTE	
Capacidad Financiera	
LIQUIDEZ	14,46
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	7%
CUMPLE	CUMPLE

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

*[Handwritten signature]*  
 TP 60538-7

*[Handwritten signature]*  
 TP 61958-7

**EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE**

Regional:	REGIONAL VALLE DEL CAUCA
Nombre de Proponente:	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
No. Convocatoria	CP 001 DE 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

Presupuesto Oficial al cual se presenta	\$ 268.139.271,00
Municipios al cual se presenta	

Para union 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	CERTIFICACIÓN 5	CERTIFICACIÓN 6	
	Folio	1	1					
	Nombre de la empresa Contratante	ICBF REGIONAL VALLE DEL CAUCA	ICBF REGIONAL VALLE DEL CAUCA					
	Nombre del Contratista	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO					
	Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica							
	Numero del contrato (si tiene).	76.26.699	76.26.13.483					
	Estado del contrato ejecución (cuando aplique)	EJECUTADO	EJECUTADO					
	Objeto del contrato	Contratar la operación del programa de recuperación nutricional ambulatoria, grupo de prevención	Realizar la operación de la modalidad de recuperación nutricional ambulatoria					
							<b>CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO:</b>	<b>CUMPLE</b>
	El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria	Si	Si					
	Fecha de inicio del contrato	29/06/2012	08/02/2013					
	Fecha de terminación del contrato	31/12/2012	31/12/2013				TOTAL MESES	
	Tiempo de experiencia (años/ meses / días)	0:06:02	0:10:23				17.03	
							<b>CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO:</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	Valor del Contrato en Pesos (incluidas adiciones)	\$ 639.062.144,0	\$ 679.697.989,00				TOTAL PRESUPUESTO	
	Valor del contrato actualizado a SMMLV 2014	\$ 1.032,0	\$ 1.103,0				\$ 1.315.760.133,0	
							<b>CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO:</b>	<b>CUMPLE</b>
	Fecha de expedición de la certificación							
	Nombre de quien expide la certificación.	SOLLY SANTA CELIA	SOLLY SANTA CELIA					
	Experiencia en al menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional	No. contrato: 76.26.13.483 Fecha de suscripción o inicio del contrato: 08/02/2013 Fecha de terminación del Contrato: 31/12/2013 Objeto: Realizar la operación de la modalidad de recuperación nutricional ambulatoria						
							<b>CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL:</b>	<b>CUMPLE</b>
	OBSERVACIONES	LA EXPERIENCIA APORTADA POR EL PROPONENTE EN LOS CONTRATOS No. 1287 DE 2012 Y 110 10 04-045 NO CUMPLE DEBIDO A QUE ESTA DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES. EL CONTRATO No. 1750 DE 2012 NO CUMPLE, PUESTO QUE ESTA DIRIGIDO SOLO AL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y NO CONTEMPLA ACCIONES EDUCATIVAS Y EL CONTRATO No. 758 DE 28 DE JUNIO DE 2013 NO CUMPLE YA QUE NO CONTEMPLA ACCIONES EDUCATIVAS E INCLUYE ADULTO MAYOR. EN TODO CASO LOS OBJETOS DE DICHOS CONTRATOS NO CONTEMPLAN ACCIONES DE EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL A LA FAMILIA. COMO LO ESTIPULA LA CONVOCATORIA CP 001 DE 2014						
	RESULTADO (Habilitado o subsanar)							

**TALENTO HUMANO HABILITANTE**

Regional:	REGIONAL VALLE DEL CAUCA
Nombre de Proponente:	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO
Modalidad a la que se presenta:	<b>Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días</b>
No. Convocatoria	CP 001 DE 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

**PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE NUTRICION Y DIETETICA**

NOMBRE:	PATRICIA LOPEZ RAMIREZ	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA	
		TIPO DE DOCUMENTO	CC		SI	X
		NUMERO	31836610	No.: MND01488		NO

**FORMACION ACADEMICA PARA PROFESIONAL EN NUTRICION Y DIETETICA**

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TITULO O OBTENIDO	FECHA DE GRADO	DOCUMENTOS APORTADOS	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO	VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple)
PONTEFICA UNIVERSIDAD	NUTRICIONISTA DIETISTA	12/08/1983	DIPLOMA	12/08/1983	138	SI	CUMPLE

**FORMACION ACADEMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICION Y DIETETICA**

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	CERTIFICACION EXPEDIDA POR LA UNIVERSIDAD DE QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ULTIMO SEMESTRE	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO	VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple)



**EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE**

Regional:	REGIONAL VALLE DEL CAUCA
Nombre de Proponente:	FUNDACOBÁ
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
Nº. Convocatoria:	CP 001 DE 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

Presupuesto Oficial al cual se presenta	\$ 268.139.271.00
Municipio(s) al cual se presenta	

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	CERTIFICACIÓN 5	CERTIFICACIÓN 6	
	Folio	2	2	2	2			
	Nombre de la empresa Contratante	DIRECTOR LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUENOS AIRES - CAUCA	DIRECTOR LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUENOS AIRES - CAUCA	DIRECTOR LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUENOS AIRES - CAUCA	DIRECTOR LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUENOS AIRES - CAUCA			
	Nombre del Contratista	FUNDACOBÁ	FUNDACOBÁ	FUNDACOBÁ	FUNDACOBÁ			
	Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica							
	Número del contrato (si tiene).	02 DE 2010	003 DE 2011	001 DEL 2012	002 DE 2013			
	Estado del contrato	EJECUTADO	EJECUTADO	EJECUTADO	EJECUTADO			
	% de ejecución (cuando aplique)							
	Objeto del contrato	Aunar esfuerzos para la formación sobre guías alimentarias dirigido a mujeres gestante, lactantes y niños de primera infancia de la población del corregimiento de palo blanco, municipio de Buenos Aires	Suministrar complementación alimentaria a niños y niñas de primera infancia con bajo peso, para promover la ganancia de peso del corregimiento de honduras, municipio de Buenos Aires	Realizar controles de crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de cinco años para reducir los riesgos de enfermedades prevalentes en la infancia, corregimiento de la balsa, municipio de Buenos Aires	Vigilancia y control al estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años de bajo peso o en situación de riesgo nutricional en el corregimiento de Timba, Municipio de Buenos Aires			
		CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO:						CUMPLE
	El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria	S:	SI	SI	SI			
	Fecha de inicio del contrato	18/01/2010	02/01/2011	10/01/2012	07/01/2013			
	Fecha de terminación del contrato	18/12/2010	15/12/2011	14/12/2012	13/12/2013		TOTAL MESES	
	Tiempo de experiencia (años/ meses / días)	0/11/0	0/11/13	0/11/04	0/11/06		45.33	
		CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO:						CUMPLE
	Valor del Contrato en Pesos (incluidas adiciones)	\$ 58.000.000.00	\$ 145.000.000.00	\$ 52.200.000.00	\$ 29.000.000.00		TOTAL PRESUPUESTO	
	Valor del contrato actualizado a SMMLV 2014	\$ 94.0	\$ 235.0	\$ 84.0	\$ 47.0		\$ 284.200.000.0	
		CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO:						CUMPLE
	Fecha de expedición de la certificación	05/11/2014	05/11/2014	05/11/2014	05/11/2014			
	Nombre de quien expide la certificación.	WISNER CORTES MINA	WISNER CORTES MINA	WISNER CORTES MINA	WISNER CORTES MINA			
	Experiencia en al menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional	Fecha de suscripción o inicio del contrato: 18/01/2010 Fecha de terminación del Contrato: 18/12/2010 Objeto: Aunar esfuerzos para la formación sobre guías alimentarias dirigido a mujeres gestante, lactantes y niños de primera infancia de la población del corregimiento de palo blanco, municipio de Buenos Aires.						
		CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL:						CUMPLE
	OBSERVACIONES	LA EXPERIENCIA ADICIONAL QUE APORTA EL PROPONENTE LA No. 002 DEL 07 DE ENERO DE 2013 NO SE TIENE EN CUENTA, DEBIDO A QUE ESTA TAMBIEN FUE PRESENTADA COMO EXPERIENCIA HABILITANTE.						
	RESULTADO (Habilitado o subsanar)							

*W. Wisner Cortes Mina*

**TALENTO HUMANO HABILITANTE**

Regional:	REGIONAL VALLE
Nombre de Proponente:	FUNDACOBIA
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
No. Convocatoria	CP 001 DE 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

**PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

NOMBRE:	MARÍA LUISA ZAPATA MUÑOZ	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA	
		TIPO DE DOCUMENTO	CC		SI	X
		NUMERO	30329811	No. NO APORTA		

**FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN 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 CATOLICA DE MANIZALEZ	NUTRICIONISTA DIETISTA	29/09/2000	DIPLOMA	29/09/2000	54	SI	NO CUMPLE

**FORMACIÓN ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	CERTIFICACION 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)



## TALENTO HUMANO HABILITANTE

Regional:	REGIONAL VALLE
Nombre de Proponente:	FUNDACIÓBA
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
No. Convocatoria:	CP 001 DE 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA							
NOMBRE:	SUAD HELENA GARCIA LOPEZ	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	CC	No. : MNDD03945	SI	NO
							X
				1,047,409,498			

FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN 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 DEL SINU	NUTRICIONISTA DIETISTA	21/07/20012	DIPLOMA	21/07/2012	6	SI	CUMPLE

FORMACION ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	CERTIFICACION 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)		

**EXPERIENCIA ESPECIFICA ADICIONAL**

Regional:	VALE DEL CAUCA
Nombre de Proponente:	FUNDACIÒN
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1.000 días
No. Convocatoria	CP 007 DE 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

#	REQUISITOS	CERTIFICACIÓN 1	CERTIFICACIÓN 2	CERTIFICACIÓN 3	CERTIFICACIÓN 4	CERTIFICACIÓN 5	CERTIFICACIÓN 6
1	Folio						
2	Nombre de la empresa Contratante						
3	Nombre del Contratista						
4	Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica						
6	Numero del contrato (si tiene).						
7	Objeto del contrato						
8	Estado del contrato						
9	Fecha de expedición de la certificación	DDMM/AAAA					
10	Nombre de quien expide la certificación.						
12	El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 8 años						
13	Fecha de inicio del contrato	DDMM/AAAA					
14	Fecha de terminación del contrato	DDMM/AAAA					
15	Total tiempo ADICIONAL certificado						
		<b>PUNTAJE FINAL</b>	<b>PUNTAJE ASIGNADO</b>				
		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				
		<b>TOTAL</b>					

**TALENTO HUMANO ADICIONAL**

Regional:	VALLE DE CAUCA
Nombre de Proponente:	FUNDACOB
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
No. Convocatoria	CP 001 DE 2014
	27/11/2014

**PROFESIONAL 1**

NOMBRE:	GIUSEPH VIVIANA VALLEJO	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CC		No:	SI	X
		NÚMERO	59681322			NO	

**FORMACIÓN ACADÉMICA PROFESIONAL 1**

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO	DOCUMENTOS APORTADOS	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO	VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple)
INSTITUTO DE EDUCACION CRUZ DELA COLOMBIANA FUNDACION VALLE	AUXILIAR EN ENFERMERIA	14/03/2013	DIPLOMA	14/03/2013	69	SI	CUMPLE

**EXPERIENCIA PROFESIONAL 1**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CARGO	PERIODO DE VINCULACIÓN		TIEMPO (AÑOS)	ACTIVIDADES Y O FUNCIONES	IDENTIFICACIÓN DE QUIEN EXPIDE	FECHA DE LA CERTIFICACIÓN	FOLIO
		FECHA INICIAL	FECHA FINAL					
<b>TOTAL AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL 1</b>								

**PROFESIONAL 2**

NOMBRE:		IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CC		No.:	SI	X
		NÚMERO				NO	

**FORMACIÓN ACADÉMICA PROFESIONAL 2**

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO	DOCUMENTOS APORTADOS	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO	VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple)
							CUMPLE

**EXPERIENCIA PROFESIONAL 2**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CARGO	PERIODO DE VINCULACION		TIEMPO (AÑOS)	ACTIVIDADES Y O FUNCIONES	IDENTIFICACIÓN DE QUIEN EXPIDE	FECHA DE LA CERTIFICACIÓN	FOLIO
		FECHA INICIAL	FECHA FINAL					
<b>TOTAL AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL 2</b>								

OBSERVACIONES	<p>LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA GIUSEPH VIVIANA VALLEJO APORTA COMO EXPERIENCIA PROFESIONAL UNA CERTIFICACION DE PRACTICAS HOSPITALARIAS DE LAS COMPETENCIAS OBLIGATORIAS DEL PROGRAMA Y NO CUMPLE CON EL PERFIL DE PROFESIONAL , POR TANTO NO SE TUVIERON EN CUENTA COMO EXPERIENCIA PROFESIONAL; POR OTRO LADO, EL SEÑOR LUIS CARLOS RIASCOS ASPRILLA SOCIOLOGO; LA SEÑORA MARÍA SANTANA BUSTAMANTE. MANIPULADORA DE ALIMENTOS Y EL SEÑOR FRANKLIN CASTRO ARBOLEDA, TECNICO EN CONTADURIA SISTEMATIZADA, NO CUMPLEN CON EL PERFIL DE PROFESIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD, COMO LO ESTABLECE EL PLIEGO, POR LO QUE NO SON TENIDAS EN CUENTAS COMO RECURSO HUMANO ADICIONAL.</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PUNTAJE FINAL	PUNTAJE ASIGNADO
DOS PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MAS DE 2 AÑOS Y UN DÍA DE EXPERIENCIA EN PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN	0

## RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

Regional:	VALLE DEL CAUCA
Nombre de Proponente:	FUNDACOBRA
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
No. Convocatoria	CP 001 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

REQUISITO	FOLIOS	OBSERVACIÓN	CUMPLE/NO CUMPLE
Carta de aceptación de condiciones	1		CUMPLE
Certificaciones experiencia del oferente habilitante	5		CUMPLE
Talento Humano Habilitante	15	LA PROFESIONAL EN NUTRICION Y DIETETICA NO APORTA LA TARJETA PROFESIONAL	NO CUMPLE

CRITERIO DE PONDERACIÓN	REQUISITOS DE PONDERACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO
EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE		0
TALENTO HUMANO ADICIONAL		0
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>

EVALUADO POR: *William Hurtado Gonzalez*  
 NOMBRE: WILLIAM HURTADO GONZALEZ Y CONSUELO JUDITH ESCORCIA MEDINA  
 CARGO: PROFESIONALES ESPECIALIZADOS  
 FECHA: 27/11/2014

## RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

Regional:	VALLE DEL CAUCA		
Nombre de Proponente:	CORPORACION HACIA UN VALLE SOLIDARIO		
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días		
No. Convocatoria	CP 001 2014		
Fecha de evaluación:	27/11/2014		

REQUISITO		COMPONENTE TECNICO HABILITANTE	
	FOLIOS	OBSERVACIÓN	CUMPLE/NO CUMPLE
Carta de aceptación de condiciones	1		CUMPLE
Certificaciones experiencia del oferente habilitante	8		NO CUMPLE
Talento Humano Habilitante	16		CUMPLE

CRITERIO DE PONDERACIÓN	REQUISITOS DE PONDERACIÓN		PUNTAJE OBTENIDO
EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE			0
TALENTO HUMANO ADICIONAL			25
<b>TOTAL</b>			<b>25</b>

**OBSERVACIONES:** LAS SEIS (6) CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA ADICIONAL QUE APORTA EL PROPONENTE NO CUMPLEN DEBIDO A QUE SUS OBJETOS NO CONTEMPLAN ACCIONES DE EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL A LA FAMILIA, ES DE ANOTAR QUE REVISADAS LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE LAS CERTIFICACIONES TAMPOCO SE EVIDENCIO ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

EVALUADO POR: *William Hurtado Gonzalez*

NOMBRE: WILLIAM HURTADO GONZALEZ Y CONSUELO JUDITH ESCORCIA MEDINA

CARGO: PROFESIONALES ESPECIALIZADOS

FECHA: 27/11/2014

PROFESIONAL 2

NOMBRE:	IDENTIFICACION		TARJETA PROFESIONAL		HOJA DE VIDA	
	TIPO DE DOCUMENTO	CC	No.:		SI	
	NÚMERO				NO	

FORMACION ACADÉMICA PROFESIONAL 2

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO	DOCUMENTOS APORTADOS	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO	VERIFICACION (Cumple o no Cumple)

EXPERIENCIA PROFESIONAL 2

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CARGO	PERIODO DE VINCULACION		TIEMPO (AÑOS)	ACTIVIDADES Y O FUNCIONES	IDENTIFICACION DE QUIEN EXPIDE	FECHA DE LA CERTIFICACION	FOLIO
		FECHA INICIAL	FECHA FINAL					
<b>TOTAL AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL 2</b>								

OBSERVACIONES

LAS CERTIFICACIONES LABORALES PRESENTADAS DE PROPAL Y COMFANDI POR LA PROFESIONAL LUZ ANGELA BARRERA VARGAS HACEN PARTE DE SU ETAPA PRACTICA COMO PRACTICANTE UNIVERSITARIO, POR TAL RAZON NO SON TENIDAS EN CUENTA COMO EXPERIENCIA PROFESIONAL

PUNTAJE FINAL	PUNTAJE ASIGNADO
DOS PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MAS DE 2 AÑOS Y UN DIA DE EXPERIENCIA EN PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICION	0
UN PROFESIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD CON 1 AÑO O MÁS DE EXPERIENCIA EN PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICION	25

**TALENTO HUMANO ADICIONAL**

Regional:	VALLE DEL CAUCA
Nombre de Proponente:	CORPORACION HACIA UN VALLO SOLIDARIO
Modalidad a la que se presenta:	Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días
No. Convocatoria:	CP - 001 - 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

PROFESIONAL 1			
NOMBRE: LUZ ANGELA BARRERA VARGAS	IDENTIFICACIÓN	TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA
	TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO	CC 67029099	No: 125787 SI NO

FORMACION ACADÉMICA PROFESIONAL 1							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO	DOCUMENTOS APORTADOS	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR CONTRATO	VERIFICACIÓN (Cumple o no Cumple)
PONTIFICIA UNIVERSIDAD	PSICOLOGA	18/10/2008	ACTA DE GRADO	18/10/2014	150	SI	CUMPLE

EXPERIENCIA PROFESIONAL 1								
NOMBRE O RAZON SOCIAL	CARGO	PERIODO DE VINCULACION		TIEMPO (AÑOS)	ACTIVIDADES Y O FUNCIONES	IDENTIFICACION DE QUIEN EXPIDE	FECHA DE LA CERTIFICACION	FOLIO
		FECHA INICIAL	FECHA FINAL					
ICBF CZ YUMBO	PSICOLOGA	11/ene/13	31/dic/13	0.98	PSICOLOGA	HENZA ARARA OSORIO	06/08/2013	152
FUNOF	PSICOLOGA	01/ene/12	04/jun/12	0.38	PSICOLOGA	MONICA GIRALDO CASTRO	14/08/2012	153
ICBF CZ SURORIENTAL	PSICOLOGA	08/jun/10	31/dic/11	1.58	PSICOLOGA	NUBIA OCAMPO	10/10/2012	154
FUNDACION CRECER EN FAMILIA	PSICOLOGA CLINICA	16/oct/08	15/oct/09	1.01	PSICOLOGA CLINICA	SULAMITA KAIM	16/02/2010	155
CORVESA	PSICOLOGA	16/mar/09	15/sep/09	0.51	ELABORACION PROYECTOS	MARICEL GUTIERREZ	28/09/2009	156
FUNDACION HOGAR GERIATRICO VIDA Y SALUD	PSICOLOGA CLINICA	01/oct/08	01/mar/09	0.42	PSICOLOGA CLINICA	LUZ FANNY CABEZAS	18/09/2009	157
<b>TOTAL AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL 1</b>								<b>4.88</b>