



ACTA DE INFORME DE EVALUACIÓN PRELIMINAR DE PROPUESTAS
PROCESO DE CONVOCATORIA PÚBLICA DE APOORTE N° 003

En Manizales, el día 28 de Noviembre de 2014, en las instalaciones de la Regional Caldas 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 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 dentro de la fecha y hora previstas para el cierre del proceso 003; por los siguientes proponentes:

N°	Proponente
1	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN

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 preliminar 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	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

Nota: Se publicará en documento adjunto al presente documento.

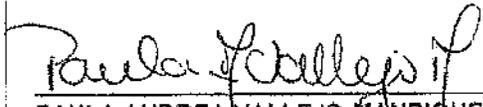
Por lo anterior el Comité Evaluador designado por el ICBF, concluye que atendiendo la evaluación técnica, jurídica y financiera procede a emitir el resultado de la evaluación preliminar y la lista de habilitados dentro del proceso de Convocatoria Pública de Aporte 003:

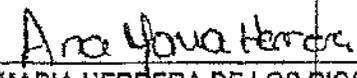


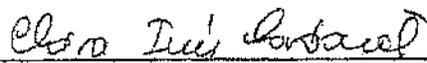
República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Caldas



RESULTADO EVALUACIÓN PRELIMINAR							
Nº	PROPONENTE	DOCUMENTOS HABILITANTES CUMPLE O CUMPLE			REQUISITOS DE PONDERACIÓN (PUNTAJE)		
		JURÍDICOS	FINANCIEROS	TÉCNICOS	EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE	TALENTO HUMANO ADICIONAL	PUNTAJE TOTAL
1	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	0	75	75


PAULA ANDREA VALLEJO MANRIQUE
EVALUADOR JURÍDICO


ANA MARIA HERRERA DE LOS RÍOS
EVALUADOR FINANCIERO


CLARA INES CARDONA TRUJILLO
EVALUADOR TÉCNICO

COMPONENTE JURINICO

CALDES

Regional: _____

Nombre de Proponente: COMPAÑIA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIADOS DEL OS HOGARES CONTRIBUCION DE BIENESTAR COMASIBEN

Mediudad a la que se presenta: _____

No. Convocatoria: _____

Fecha de evaluación: 26/11/2014

DOCUMENTOS	FOLIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
CARTA DE REPRESENTACION DE LA PROPOSTA DONDE SE INDICAN EL O LOS MUNICIPIOS O DEPARTAMENTO POR EL CUAL VA A PARTICIPAR FORMATO 1	4 A 6	X		
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES FORMATO 2	18	X		
GARANTIA DE SERVIDE DE LA PROPOSTA	23	X		
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROponente CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CAL ENDIARIO A LA ENTREGA DE LA PROPOSTA	8 A 14	X		
NATURALIEZA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUORO	8	X		
OBJETO SOCIAL DEL PROponente O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO	9	X		
PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR.				Resolución No. 2892 del 22 de Mayo de 2014 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Caldes
REGISTRO UNICO DE PROponentES	36 A 59			No es necesario, solo se lo presenten
AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL (YO APODERADO) PARA PRESENTAR PROPOSTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE ACUERDO A LOS ESTADUTOS)	17	X		
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	23	X		
FOTOCOPIA DE LA CEBULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL				
CONSULTA FOLIO EN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA	28	X		
CONSULTA CERTIFICADO DEL SISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO DE SANCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD -SIPRI- VIGENTE, EXPEDIDO POR LA FISCERIA GENERAL DE LA NACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA	29 A 30	X		
CONSULTA ANTECEDENTES JUDICIALES DEL REPRESENTANTE LEGAL	31	X		
CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROponente FORMATO 4	32 A 34	X		

EVALLUADO POR: Rubén

RICARDE PAULA ANDREA VALLEJO MARRQUE

CARGO ABOGADA CONTRATISTA GRUPO JURIDICO

FECHA 26/11/2014

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

EVALUACIÓN FINANCIERA NUTRICIÓN

PROPONENTE:	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN
VALOR DE LA PROPUESTA EN PESOS:	\$429.445.287
VALOR DE LA PROPUESTA EN SMMLV:	697
NUMERO DE NIT	810,000,164-8

INDICADORES SOLICITADOS SEGÚN VALOR DEL PRESUPUESTO PRESENTADO

LIQUIDEZ	1,2
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	64%

ACTIVO CORRIENTE	\$19.853.214.507
ACTIVO TOTAL	\$22.623.979.918
PASIVO CORRIENTE	\$4.624.892.888
PASIVO TOTAL	\$4.624.892.888

INDICADORES FINANCIEROS DEL PROPONENTE

Capacidad Financiera		
LIQUIDEZ	4,29	CUMPLE
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	20%	CUMPLE

CONSOLIDADO GENERAL:	EL PROPONENTE CUMPLE <input checked="" type="checkbox"/> NO CUMPLE <input type="checkbox"/> CON LA CAPACIDAD FINANCIERA
----------------------	--

Ana Paula Herrera
 C.C. 30.384.512 de Producción
 Profesional Universitario
 grupo financiero

CONVOCATORIA PUBLICA DE APORTES CP 003-2014 NUTRICION CALDAS - NOV 2014. EVALUACION FINANCIERA.

PRESUPUESTO OFICIAL \$ 429.445,287

PRESUPUESTO OFICIAL EXPRESADO EN SMMLV DEL AÑO 2014

697

VALOR PRESUPUESTO OFICIAL	HASTA UN SMMLV	INDEBILIDAD	NIVEL DE ENTENDIMIENTO
DESDE O SMMLV	HASTA UN SMMLV	DESDE O SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO INFERIOR AL 50%
MAYOR DE UN SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO SUPERIOR AL 50%
MAYOR DE DOS SMMLV	HASTA UN SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO INFERIOR AL 50%
MAYOR DE DOS SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO SUPERIOR AL 50%
MAYOR DE DOS SMMLV	HASTA DOS SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO INFERIOR AL 50%
MAYOR DE DOS SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO SUPERIOR AL 50%
MAYOR DE DOS SMMLV	HASTA DOS SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO INFERIOR AL 50%
MAYOR DE DOS SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV	MAYOR DE UN SMMLV A 1.2 VECES	MEDIO SUPERIOR AL 50%

DATOS DEL PROPONENTE
 CORPORACION EDUCATIVA DE ASESORIAS Y ASESORIA EN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DE BUENESTAR
 COLOMBIANO
 NIT 810.990.164 8
 1 ABRIL 2010 N° 40.24
 REPRESENTANTE LEGAL
 IDENTIFICACION 90.390.214

INDICE DE LIQUIDEZ	ACTIVO CORRIENTE PASIVO CORRIENTE	19.853.214.000,00 4.604.990.835,00	4,29 SI CUMPLE
NIVEL DE INDEUDAMIENTO	PASIVO TOTAL	4.604.990.835,00	70% SI CUMPLE
	ACTIVO TOTAL	20.624.990.975,00	

NOTA: INCLUIR R.U.P.

Ana Fournier
 ABOGADA
 C.C. 31.306.512 DE BOGOTÁ
 I.P. 1631731
 PROFESIONAL UNICENTENARIA

EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE	
Regional:	CALDAS
Nombre de Proponente:	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN
Modalidad a la que se presenta:	Centros de Recuperación Nutricional
No. Convocatoria	CP-003-2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

Presupuesto Oficial al cual se presenta	\$	429.445.287,00	697,15 €
Municipio(s) al cual se presenta	MANIZALES		
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		

Si NO, no cumple

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MÍNIMA HABILITANTE					
#	REQUISITOS	CERTIFICACIÓN 1	CERTIFICACIÓN 2	CERTIFICACIÓN 3	CERTIFICACIÓN 4
1	Folio	67	92	212 2	
2	Nombre de la empresa Contratante	ALCALDIA DE MANIZALES SECRETARIA DE SALUD	ALCALDIA DE MANIZALES SECRETARIA DE SALUD	ICBF REGIONAL CALDAS	
3	Nombre del Contratista	CONSORCIO NUTRICION SANA	COOPERATIVA DE ASOCIACIONES DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN	COOPERATIVA DE ASOCIACIONES DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN	
4	Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica				
5	Número del contrato (si tiene).	1004090408	1201160250	1720060064	
6	Estado del contrato	TERMINADO Y LIQUIDADO	TERMINADO Y LIQUIDADO	TERMINADO Y LIQUIDADO	
7	% de ejecución (cuando aplique)				
8	Objeto del contrato	SUMINISTRO DE ALIMENTACION PARA BRINDAR COMPLEMENTACION ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE ALMUERZO Y DESAYUNO A ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE NUTRICION UBICADOS EN LAS ESCUELAS DE BASICA PRIMARIA Y EN LOS INSTITUTOS DE BASICA SECUNDARIA, URBANOS Y RURALES QUE LE SEAN ASIGNADOS. BRINDAR COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE ALMUERZO EN LOS RESTAURANTES INFANTILES A MENORES DE 5 AÑOS, BRINDAR COMPLEMENTACION ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE ALMUERZOS A MADRES GESTANTES Y BRINDAR COMPLEMENTACION ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE DESAYUNOS INFANTILES SALUDABLES A MENORES DE 5 AÑOS, Y BRINDAR COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL A MENORES DE 3 AÑOS , CONFORME CON LAS MINUTAS ELABORADAS PARA EL EFECTO POR LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA, EN LOS CASOS QUE NO FUERE POSIBLE LLEVAR A CABO DICHAS MODALIDADES, SE OPTARÁ POR EL REFRIGERIO REFORZADO ENRIQUECIDO, PREVIA AUTORIZACION POR PARTE DEL MUNICIPIO.	BRINDAR COMPLEMENTACION ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE ALMUERZO Y DESAYUNO A ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE NUTRICION UBICADOS EN LAS ESCUELAS DE BASICA PRIMARIA Y EN LOS INSTITUTOS DE BASICA SECUNDARIA, URBANOS Y RURALES QUE LE SEAN ASIGNADOS. BRINDAR COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA EN LA MODALIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL A MENORES CON DESNUTRICION, CONFORME CON LAS MINUTAS ELABORADAS PARA EL EFECTO POR LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA, EN LOS CASOS QUE NO FUERE POSIBLE LLEVAR A CABO DICHAS MODALIDADES, SE OPTARÁ POR EL REFRIGERIO REFORZADO ENRIQUECIDO, PREVIA AUTORIZACION POR PARTE DEL MUNICIPIO.	CONTRIBUIR A LA RECUPERACION NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON O SIN PATOLOGÍA AGREGADA, CON LA PARTICIPACIÓN DEL ESTADO COMO AGENTE DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ, LA FAMILIA COMO RESPONSABLE DIRECTO DE LOS NIÑOS Y LA SOCIEDAD	
10	CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETO:				SI
	El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria 8 AÑOS SEGÚN AVISO MODIFICATORIO No. 003	SI	SI	ESTA DENTRO DE LOS 8 AÑOS COMO LO ESTIPULA EL AVISO MODIFICATORIO No. 3	
11	Fecha de inicio del contrato	09/04/2010	16/04/2012	01/02/2006	
12	Fecha de terminación del contrato	NO ESTIPULA	NO ESTIPULA	31/05/2007	TOTAL MESES
13	Tiempo de experiencia (años/ meses / días)	10 MESES	7 MESES	15 MESES	32 MESES
14	CUMPLE O NO CUMPLE EL TIEMPO:				SI
15	Valor del Contrato en Pesos(incluidas adiciones)	\$	35.580.000,0	\$	6.917.262.909,0
16	Valor del contrato actualizado a SMMLV 2014	\$	57,8	\$	11.229,3
17	CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO:				SI
19	Fecha de expedición de la certificación	No se adjunta certificación como tal, se adjuntó el contrato	No se adjunta certificación como tal, se adjuntó el contrato	06/11/2008	
20	Nombre y cargo de quien expide la certificación.			GLORIA INES ARIAS ORTIZ COORDINADORA CENTRO ZONAL SUBORIENTE	

22	Experiencia en al menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional	No. contrato: 1004090408 - 1204160250- 1720060064 Fecha de suscripción o inicio del contrato: Las anotadas anteriormente Fecha de terminación del Contrato: las anotadas anteriormente Objeto: los anotados anteriormente	
23	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL:		CUMPLE
24	OBSERVACIONES	En los contratos 1004090408 y 1204160250, el tiempo de experiencia es el tiempo de ejecución que aparece en el contrato, el valor del contrato 1004090408 corresponde al porcentaje de participación de Coasobien dentro del consorcio y sólo se tomó lo referido a soporte nutricional. NO SE TOMÓ EL VALOR DE LO REFERIDO EN EL CONTRATO 1204160250, POR CUANTO NO SE APORTA NINGUN DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE QUE PORCENTAJE LE CORRESPONDE A LAS ACCIONES DE SOPORTE NUTRICIONAL Es de anotar que se adjuntan los lineamientos de soporte nutricional de la alcaldía de Manizales, donde se evidencia que es un programa de recuperación nutricional para los niños y contiene actividades de complementación alimentaria, educación alimentaria y nutricional.	
25	RESULTADO (Habilitado o subsanar)	HABILITADO	

TALENTO HUMANO HABILITANTE							
Regional:	CALDAS						
Nombre de Proponente:	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN						
Modalidad a la que se presenta:	Centros de Recuperación Nutricional						
No. Convocatoria	CP 003 2014						
Fecha de evaluación:	27/11/2014						
PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE NUTRICION Y DIETETICA							
NOMBRE:	CLARIBEL AMADOR PINEDA	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	No.: MND	SI	X	
		NÚMERO	30395700		NO		
FORMACIÓN ACADÉMICA PARA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA O ESTUDIANTE DE ULTIMO 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 CATOLICA DE	NUTRICIONISTA DIETISTA	27/02/2004	ACTA DE GRADO No 35	27/02/2004	223	SI A FOLIO 214	SI
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)		
MEDICO							
NOMBRE:	MARIA FERNANDA MONCADA ARDILA	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	No.: 16937	SI	X	
		NÚMERO	1053783975		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	09/09/2011	DIPLOMA ACTA DE GRADO	09/09/2011	260-261	SI A FOLIO 253	SI
PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES							
NOMBRE:	DIANA ALEXANDRA DUQUE FIGUEROA	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	No.: 1937	SI	X	
		NÚMERO	30397146		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 DE CALDAS	TRABAJADORA SOCIAL	07/12/2001	TITULO ACTA DE GRADO	07/12/2014	288-289	SI A FOLIO 280	SI

EXPERIENCIA ESPECIFICA ADICIONAL

Regional:	CALDAS
Nombre de Proponente:	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN
Modalidad a la que se presenta:	Centros de Recuperación Nutricional
No. Convocatoria	CP 003 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

#	REQUISITOS	CERTIFICACIÓN 1	CERTIFICACIÓN 2	CERTIFICACION N 3	CERTIFICACION N 4	CERTIFICACION N 5	CERTIFICACION N 6	
1	Folio	212 1	212 2					
2	Nombre de la empresa Contratante	ICBF REGIONAL CALDAS	ICBF REGIONAL CALDAS					
3	Nombre del Contratista	COOPERATIVA DE ASOCIACIONES DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN	COOPERATIVA DE ASOCIACIONES DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN					
4	Firma integrante que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica							
6	Número del contrato (si tiene).	1720060042	1720060100					
7	Objeto del contrato	SUMINISTRAR COMPLEMENTACION ALIMENTARIA Y DESARROLLAR ACCIONES FORMATIVAS Y DE PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PARA CONTRIBUIR A MANTENER O MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES ENTRE 5 A 18 AÑOS	SUMINISTRAR COMPLEMENTACION ALIMENTARIA Y DESARROLLAR ACCIONES FORMATIVAS Y DE PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PARA CONTRIBUIR A MANTENER O MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES ENTRE 5 A 18 AÑOS					
8	Estado del contrato	TERMINADO Y LIQUIDADO	TERMINADO Y LIQUIDADO					
9	Fecha de expedición de la certificación	06/11/2008	06/11/2008					
#	Nombre y cargo de quien expide la certificación.	GLORIA INES ARIAS ORTIZ COORDINADORA CENTRO ZONAL SURORIENTE	GLORIA INES ARIAS ORTIZ COORDINADORA CENTRO ZONAL SURORIENTE					
#	El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 8 años previos al cierre de la convocatoria	SI	SI					
#	Fecha de inicio del contrato	01/02/2006	01/02/2006					
#	Fecha de terminación del contrato	31/12/2006	31/12/2006					
#	Total tiempo ADICIONAL certificado	11 MESES	11 MESES					TOTAL 22 MESES

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

NOTA SE PRESENTAN 5 CONTRATOS MAS PARA CERTIFICAR LA EXPERIENCIA ADICIONAL, LOS CUALES NO FUERON TENIDOS EN CUENTA POR CUANTO NO CUMPLEN CON EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA

TALENTO HUMANO ADICIONAL

Regional:	CALDAS
Nombre de Proponente:	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIE
Modalidad a la que se presenta:	Centros de Recuperación Nutricional
No. Convocatoria	CP 003 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

PERSONAL ADICIONAL							
NOMBRE:	OMAIRA ZULUAGA GAVIRIA	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	No.: MND03587	SI	X	
		NÚMERO	30329083		NO		

FORMACIÓN ACADÉMICA PERSONAL ADICIONAL							
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO	DOCUMENTOS APORTADOS	FECHA DEL DOCUMENTO	FOLIO	CARTA DE INTENCIÓN DE SUSCRIBIR	VERIFICACION (Cumple o no Cumple)
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES	NUTRICIONISTA DIETISTA	28/08/1998	TITULO	28/08/2014	319	SI A FOLIO 311	SI

PERSONAL ADICIONAL							
NOMBRE:	YALEIDY GRAJALES JARAMILLO	IDENTIFICACIÓN		TARJETA PROFESIONAL	HOJA DE VIDA		
		TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	No.:	SI	X	
		NÚMERO	1054986610		NO		

PUNTAJE FINAL	PUNTAJE ASIGNADO
UN (1) NUTRICIONISTA DIETISTA O ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y	50
UN (1) ENFERMERO	
UN (1) AUXILIAR EN ENFERMERÍA O GESTOR COMUNITARIO	15

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

Regional:	CALDAS
Nombre de Proponente:	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ASOCIADOS Y ASOCIACIONES DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR COOASOBIEN
Modalidad a la que se presenta:	CENTROS DE RECUPERACION NUTRICIONAL
No. Convocatoria	CP 003 2014
Fecha de evaluación:	27/11/2014

COMPONENTE TECNICO HABILITANTE

REQUISITO	FOLIOS	OBSERVACIÓN	CUMPLE/NO CUMPLE
Carta de aceptación de condiciones	61		SI
Certificaciones experiencia del oferente habilitante	63-117-212 2		SI
Talento Humano Habilitante	214-308		SI

REQUISITOS DE PONDERACIÓN

CRITERIO DE PONDERACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO
EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE	0
TALENTO HUMANO ADICIONAL	75
TOTAL	75

EVALUADO POR : *Clara Ines Cardona Trujillo*
NOMBRE: CLARA INES CARDONA TRUJILLO
CARGO. PROFESIONAL ESPECIALIZADO GAT
FECHA 27/11/2014