

**ACTA DE INFORME DE EVALUACIÓN PRELIMINAR DE PROPUESTAS
 PROCESO DE CONVOCATORIA PÚBLICA DE APOORTE N° 001**

En Mocoa, Putumayo, el día 1 de diciembre de 2014, en las instalaciones de la Regional Putumayo 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, 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 a hasta las 3:00 p.m., fecha y hora prevista para el cierre del proceso CP- 001; por los siguientes proponentes:

| N° | Proponente |
|----|-------------------------|
| 1 | DIOCESIS MOCOA SIBUNDOY |
| 2 | FUNDACION FRATERNIDAD |

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 EVALUACION | | | | | |
|----------------------|-------------------------|---|--|--|--|
| 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 | DIOCESIS MOCOA SIBUNDOY | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| 2 | FUNDACION FRATERNIDAD | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO 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 001:




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



| RESULTADO EVALUACIÓN PRELIMINAR | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|---|-------------|-----------|--|--------------------------------|------------------|
| Nº | PROPONENTE | DOCUMENTOS HABILITANTES CUMPLE/NO CUMPLE | | | REQUISITOS DE PONDERACIÓN (PUNTAJE) | | |
| | | JURÍDICOS | FINANCIEROS | TÉCNICOS | EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROPONENTE | TALENTO HUMANO ADICIONAL | PUNTAJE TOTAL |
| 1 | DIOCESIS MOCOA SIBUNDOY | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | - | - | - |
| 2 | FUNDACION FRATERNIDAD | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | - | - | - |


ALBERTO ORTIZ RIOS
EVALUADOR JURÍDICO


CLAUDA ELIZABETH GUEVARA LEYTON
EVALUADOR FINANCIERO


MÓNICA VIVIANA ORDÓÑEZ CAVIEDES
EVALUADOR TÉCNICO



EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|---|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proponente: | DIOCESIS MOCCA SIBUNDOY |
| Modalidad a la que se presenta: | Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días |
| No. Convocatoria | CP 001 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

| | | | | | | | |
|---|---|--|------|------------------------------------|------|---|------|
| Presupuesto Oficial al cual se presenta | \$ 469.370.714,00 | | | | | | |
| Municipio(s) al cual se presenta | MOCCA, PTO. ASIS, PTO. CAICEDO, PTO. GUZMÁN, VALLE DEL GUAMUJEZ Y VILLAGARZÓN | | | | | | |
| Para unión temporal o consorcio | <table border="1"> <tr> <td>1. Nombre de las empresas que la conforman</td> <td>N.A.</td> </tr> <tr> <td>% de participación de cada empresa</td> <td>N.A.</td> </tr> <tr> <td>Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia</td> <td>N.A.</td> </tr> </table> | 1. Nombre de las empresas que la conforman | N.A. | % de participación de cada empresa | N.A. | Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia | N.A. |
| 1. Nombre de las empresas que la conforman | N.A. | | | | | | |
| % de participación de cada empresa | N.A. | | | | | | |
| Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia | N.A. | | | | | | |

SI NO, no cumple

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MINIMA HABILITANTE

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 | CERTIFICACIÓN 5 | CERTIFICACIÓN 6 |
|----|---|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Folio | 58-59 | | | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL PUTUMAYO | | | | | |
| 3 | Nombre del Contratista | DIOCESIS MOCCA SIBUNDOY | | | | | |
| 4 | Firma Integrista que Aporta la experiencia (en caso de unión temporal o consorcio) o Persona natural o jurídica | | | | | | |
| 5 | Numero del contrato (si tiene) | 126 /2013 | | | | | |
| 6 | Estado del contrato | TERMINADO | | | | | |
| 7 | % de ejecución (cuanto aplique) | N.A. | | | | | |
| 8 | Objeto del contrato | Desarrollar acciones a través de la modalidad de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario que contribuya al mejoramiento y/o recuperación de los niños y niñas menores de cinco años con desnutrición global, aguda y en riesgo, con 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. | | | | | |
| 10 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 5 años previos al cierre de la convocatoria. | si cumple | | | | | |
| 11 | Fecha de inicio del contrato | 12/11/2013 | | | | | |
| 12 | Fecha de terminación del contrato | 30/07/2014 | | | | | |
| 13 | Tiempo de experiencia (años/ meses/ días) | 0 años 8 meses 18 días | | | | | |
| 14 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | TOTAL PRESUPUESTO | |
|----|---|----|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|---|
| 15 | Valor del Contrato en Pesos (incluidas adiciones) | \$ | 390.910.490,00 | | | | | | | \$ | 408.469.600,00 |
| 16 | Valor del contrato actualizado a SMMIV 2014 | \$ | 408.469.600,00 | | | | | | | | NO CUMPLE |
| 17 | | | | | | | | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO: |
| 19 | Fecha de expedición de la certificación | | 20/11/2014 | | | | | | | | |
| 20 | Nombre de quien expide la certificación | | ALBERTO ORTIZ RIOS - COORDINADOR DEL GRUPO JURIDICO | | | | | | | | |
| 22 | Experiencia en el menos un (1) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de educación alimentaria y nutricional | | Fecha de suscripción o inicio del contrato: 18/05/2010 Fecha de terminación del Contrato: 20/02/2011 Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL EN EDUCACION INICIAL, CUIDADO Y NUTRICION A LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE SISBEN 1 Y 2, DESPLAZADOS, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA-PAIP. | | | | | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL: |
| 23 | | | | | | | | | | | CUMPLE |
| 24 | OBSERVACIONES | | | | | | | | | | |
| 25 | RESULTADO (Habilitado o subsanar) | | | | | | | | | | INHABILITA |

TALENTO HUMANO HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|---|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proponente: | DIOCESIS MOCOA SIBUNDOY |
| Modalidad a la que se presenta: | Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días |
| No. Convocatoria: | CP 001 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| | | | | | | |
|---------|------------------------------|-------------------|-----------|---------------------|--------------|---|
| NOMBRE: | ANGELA PATRICIA LUNA MEDICIS | IDENTIFICACIÓN | | TARJETA PROFESIONAL | HOJA DE VIDA | |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | No.: MND03402 | SI | X |
| | | NÚMERO | 108408389 | | NO | |

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) |
|---------------------------|------------------------|----------------|----------------------|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| PONTIFICIA UNIVERSIDAD | NUTRICIONISTA DIETISTA | 24/03/2011 | DIPLOMA | 24/03/2011 | 68 | SI | 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) |
|---------------------------|--|---------------------|-------|--|-----------------------------------|
| | | | | | |

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

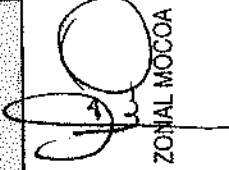
| | |
|---------------------------------|---|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proponente: | DIOCESIS MOCOA SIBUNDOY |
| Modalidad a la que se presenta: | Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1,000 días |
| Nº. Convocatoria | CP 001 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

COMPONENTE TECNICO HABILITANTE

| REQUISITO | FOLIOS | OBSERVACIÓN | CUMPLE/NO CUMPLE |
|--|---------|--|------------------|
| Carta de aceptación de condiciones | 9 | | CUMPLE |
| Certificaciones experiencia del oferente habilitante | 58 y 59 | | NO CUMPLE |
| Talento Humano Habilitante | 60 y 68 | ESTOS FOLIOS CORRESPONDEN A LA CARTA DE COMPROMISO EQUIPO MÍNIMO Y DIPLOMA | CUMPLE |

REQUISITOS DE PONDERACIÓN

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

EVALUADO POR : 
 NOMBRE MÓNICA VIVIANA ORDOÑEZ CAVIEDES
 CARGO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CENTRO ZONAL MOCOA
 FECHA 1/12/2014

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

EVALUACIÓN FINANCIERA NUTRICIÓN - CP-001-2014

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| PROPONENTE: | DIOCESIS MOCOA SIBUNDOY |
| VALOR DE LA PROPUESTA EN PESOS: | \$469.370.714 |
| VALOR DE LA PROPUESTA EN SMMLV: | 762 |
| NUMERO DE NIT | 800213852-1 |

INDICADORES SOLICITADOS SEGÚN VALOR DEL PRESUPUESTO PRESENTADO

| | |
|------------------------|------|
| LIQUIDEZ | 1,25 |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO | 63% |

| | |
|------------------|-----------------|
| ACTIVO CORRIENTE | \$769.890.433 |
| ACTIVO TOTAL | \$3.279.313.210 |
| PASIVO CORRIENTE | \$487.878.168 |
| PASIVO TOTAL | \$1.361.704.945 |

INDICADORES FINANCIEROS DEL PROPONENTE

Capacidad Financiera

| | | |
|------------------------|------|--------|
| LIQUIDEZ | 1,58 | CUMPLE |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO | 42% | CUMPLE |


CONSOLIDADO GENERAL:

EL PROPONENTE CUMPLE NO CUMPLE
CON LA CAPACIDAD FINANCIERA

COMPONENTE JURIDICO

Regional: PUTUMAYO
 Nombre de Proponente: DIOCESIS MOCOCA - SIBUNDOY
 Modalidad a la que se presenta: RECUPERACION NUTRICIONAL CON ENFASIS EN LOS PRIMEROS MIL DIAS
 No. Convocatoria: CP 001 DE 2014
 Fecha de evaluación: 1 de diciembre 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 | 2-4 | X | | |
| CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. FORMATO 2 | 5 | X | | |
| GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA | 51 | X | | |
| CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPUESTA | 11 | X | | |
| NATURALEZA: ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | 12 - 15 | X | | |
| OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO | 12 - 15 | X | | |
| PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR- | N/A | | | |
| REGISTRO UNICO DE PROPONENTES | N/N | | | 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). | N/A | | | Mediante oficio S-2014-274016-8600 del 27/11/2014 se solicito y fue allegado mediante oficio E-2014-324939-8600 27/11/2014 |
| PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACTÚE A TRAVÉS DE APODERADO | | X | | |
| REGISTRO UNICO TRIBUTARIO | 28 | X | | |
| FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL | | X | | Mediante oficio S-2014-276038-8600 28/11/2014 se solicito y fue allegada mediante oficio E-2014-327771-8600 28/11/2014 |
| CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | | X | | Verificado |
| 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 | | X | | Verificado |
| CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL | | X | | Verificado |
| CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4 | | X | | Mediante oficio S-2014-276038-8600 28/11/2014 se solicito y fue allegada mediante oficio E-2014-327771-8600 28/11/2014 |
| DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7 | N/A | | | No aplica |

EVALUADO POR: 

NOMBRE: ALBERTO ORTIZ RIOS
 CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
 FECHA: 11/2/2014

EXPERIENCIA ESPECIFICA HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proposición: | FUNDACIÓN FRATERNIDAD |
| Modalidad a la que se presenta: | Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1000 días |
| No. Contratación: | CP 001 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

| | |
|--|---|
| Presupuesto Original al cual se presenta: | \$ 489.370.714,00 |
| Presupuesto al cual se presenta: | MDCO, PTO. ASIS, PTO. CAÑEJO, PTO. GUZMÁN, VALLE DEL GUANUÉZ Y VILLAGAZÓN |
| 1. Nombre de las empresas que lo conforman: | N.A. |
| % de participación de cada empresa: | N.A. |
| Todos los integrantes aportan por lo menos una certificación de experiencia: | N.A. |

SI NO, no cumple

CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA MÍNIMA HABILITANTE

| # | REQUISITOS | CERTIFICACIÓN 1 | CERTIFICACIÓN 2 | CERTIFICACIÓN 3 | CERTIFICACIÓN 4 | CERTIFICACIÓN 5 | CERTIFICACIÓN 6 |
|----|---|---|---|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Fecha: | 96 | 78 | | | | |
| 2 | Nombre de la empresa Contratante: | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | | | |
| 3 | Nombre del Contratista: | FUNDACIÓN LA FRATERNIDAD | FUNDACIÓN LA FRATERNIDAD | | | | |
| 4 | Firma (Inscripción que Aporta la experiencia (en caso de ser un temporal o consorcio) o Planteo racional o jurídico | LYDIA GAVRIRA GOMEZ | LYDIA GAVRIRA GOMEZ | | | | |
| 5 | Número del contrato (el léxico) | 048-2013 | 094-2012 | | | | |
| 6 | Estado del contrato | LIQUIDADO | LIQUIDADO | | | | |
| 7 | R. de ejecución (cuando se aplica) | | | | | | |
| 8 | Objeto del contrato | Realizar la operación de la modalidad de recuperación nutricional ambulatoria consistente en el suministro, almacenamiento, ensamble, transporte y distribución de 474 paquetes alimentarios de acuerdo a las especificaciones técnicas y de empaque certificando calidad e inocuidad de cada alimento y el desarrollo de las actividades complementarias, desarrolladas en el anexo técnico. | Continuar la operación del programa de recuperación nutricional ambulatoria consistente en el suministro, almacenamiento, ensamble, transporte y distribución de 474 paquetes alimentarios que incluyen la distribución de bienestar según las características de cada tipo de paquete entregados en 486 tipo 1 y hasta 3336 tipo 2 mediante un ciclo de 6 entregas cada una para 57 niños y niñas de 6 a 11 meses de edad y 417 niños y niñas entre 12 a 60 meses de edad y 606 entregas para iniciar nuevo ciclo de atención durante el 2013. | | | | |
| 10 | El tiempo certificado se encuentra dentro de los últimos 3 años previos al cierre de la convocatoria | SI CUMPLE | SI CUMPLE | | | | CUMPLE O NO CUMPLE EL OBJETIVO |
| 11 | Fecha de inicio del contrato | 29/01/2013 | 01/02/2012 | | | | TOTAL MESES |
| 12 | Fecha de terminación del contrato | 31/12/2013 | 31/12/2012 | | | | 18 MESES 2 DIAS |
| 13 | Tiempo de ejecución (años/meses/días) | 0 AÑOS 11 MESES 2 DIAS | 0 AÑOS 7 MESES 0 DIAS | | | | TOTAL PRESUPUESTO |
| 14 | | | | | | | \$ 489.374.615,0 |
| 15 | Valor del Contrato en Pesos (incluyendo retenciones) | \$ 306.720.162,0 | \$ 284.590.924,00 | | | | CUMPLE O NO CUMPLE CON EL PRESUPUESTO |
| 16 | Valor del contrato actualizado a SARVA V.2014 | \$ 370.508.280,9 | \$ 287.726.354,09 | | | | \$ |
| 17 | Fecha de expedición de la certificación: | 2011/2014 | 2011/2014 | | | | CUMPLE |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 20) Nombre de quien aspiere a certificación: | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO | COORDINADOR GRUPO JURIDICO CSF REGIONAL PUTUMAYO |
| Experiencia en el mismo (n) contrato cuyo objeto sea el desarrollo de actividades de nutrición alimentaria y nutricional | <p>No. contrato: NO PRESENTA Fecha de suscripción o inicio del contrato: Fecha de formación del Contrato: Objeto:</p> | | | | | | | | |
| 22 | <p>CUMPLE O NO CUMPLE CON LA EXPERIENCIA EN EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL</p> | | | | | | | | |
| 23 | <p>NO CUMPLE</p> | | | | | | | | |
| 24) OBSERVACIONES | <p>EL PROPONENTE PRESENTÓ CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE REGALIAS Y COMPENSACIONES EN PROYECTOS DE NUTRICION Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 1283 DE 2008, CON UN PLAZO ESTIPULADO DE 3 MESES. CONSIDERANDO QUE LAS DOS CERTIFICACIONES RELACIONADAS EN LA EXPERIENCIA HABILITANTE SUMAN 18 MESES 2 DIAS, LOS 3 MESES AQUÍ CERTIFICADOS NO ALCANZARIAN A COMPLETAR LOS 24 MESES NECESARIOS PARA LA EXPERIENCIA HABILITANTE. POR LO ANTERIOR NO SE SOLICITA SUBSAMAR LA CERTIFICACION AMPLIANDO INFORMACION FRENTE A LA MISMA.</p> | | | | | | | | |
| 25) RESULTADO (Habilitado o subsamada) | <p>INHABILITADO</p> | | | | | | | | |

TALENTO HUMANO HABILITANTE

| | |
|---------------------------------|---|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proponente: | FUNDACION FRATERNIDAD |
| Modalidad a la que se presenta: | Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1000 días |
| No. Convocatoria: | CP-001 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

| PROFESIONAL O ESTUDIANTE DE ÚLTIMO SEMESTRE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | | |
|--|------------------------------|-------------------|---------------------|
| NOMBRE: | FANNY ESPERANZA MELO URRESTA | IDENTIFICACIÓN | TARJETA PROFESIONAL |
| | | TIPO DE DOCUMENTO | HOJA DE VIDA |
| | | NUMERO | SI NO |
| | | C.C | X |
| | | 41.357.369 | |
| | | MND 04948 | |

| 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 NACIONAL DE COLOMBIA | LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 18/12/1978 | DIPLOMA | 18/12/1978 | 368 | SI | 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) |
| | | | | | |

RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA

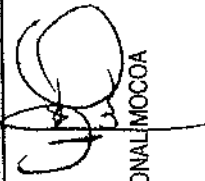
| | |
|---------------------------------|--|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proponente: | FUNDACION FRATERNIDAD |
| Modalidad a la que se presenta: | Recuperación Nutricional con Énfasis en los Primeros 1000 días |
| No. Convocatoria | CP 001 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

COMPONENTE TECNICO HABILITANTE

| REQUISITO | FOLIOS | OBSERVACIÓN | CUMPLE/NO CUMPLE |
|--|----------|-------------|------------------|
| Carta de aceptación de condiciones | 74 | | CUMPLE |
| Certificaciones experiencia del oferente habilitante | 78, 96 | | NO CUMPLE |
| Talento Humano Habilitante | 360, 368 | | CUMPLE |

REQUISITOS DE PONDERACIÓN

| CRITERIO DE PONDERACIÓN | PUNTAJE OBTENIDO |
|--------------------------------------|------------------|
| EXPERIENCIA ADICIONAL DEL PROponente | |
| TALENTO HUMANO ADICIONAL | |
| TOTAL | |

EVALUADO POR : 
 NOMBRE MÓNICA VIVIANA ORDOÑEZ CAVIEDES
 CARGO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CENTRO ZONAL MOCOA
 FECHA 1/12/2014

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

EVALUACIÓN FINANCIERA NUTRICIÓN - CP-001-2014

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| PROPONENTE: | FUNDACION FRATERNIDAD |
| VALOR DE LA PROPUESTA EN PESOS: | \$469.370.714 |
| VALOR DE LA PROPUESTA EN SMMLV: | 762 |
| NUMERO DE NIT | 900135278-5 |

INDICADORES SOLICITADOS SEGÚN VALOR DEL PRESUPUESTO PRESENTADO

| | |
|------------------------|------|
| LIQUIDEZ | 1,25 |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO | 63% |

| | |
|------------------|-----------------|
| ACTIVO CORRIENTE | \$1.273.862.857 |
| ACTIVO TOTAL | \$1.654.212.857 |
| PASIVO CORRIENTE | \$69.121.390 |
| PASIVO TOTAL | \$969.212.857 |

INDICADORES FINANCIEROS DEL PROPONENTE

Capacidad Financiera

| | | |
|------------------------|-------|--------|
| LIQUIDEZ | 18,43 | CUMPLE |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO | 59% | CUMPLE |

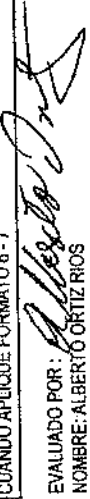
CONSOLIDADO GENERAL:

EL PROPONENTE CUMPLE NO CUMPLE
CON LA CAPACIDAD FINANCIERA

COMPONENTE JURIDICO

| | |
|-------------------------------------|--|
| Regional: | PUTUMAYO |
| Nombre de Proponente: | FUNDACION FRATERNIDAD |
| Municipalidad a la que se presenta: | RECUPERACION NUTRICIONAL CON ENFASIS EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS |
| No. Contrato: | CP 001 - 2014 |
| Fecha de evaluación: | 01/12/2014 |

| 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 | 1-3 | X | | |
| CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. FORMATO 2 | 10 | X | | |
| GARANTIA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA | 24-27 | X | | |
| CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DEL PROPONENTE CON VIGENCIA NO SUPERIOR A 30 DIAS CALENDARIO A LA ENTREGA DE LA PROPUESTA | 4-6 | X | | |
| NATURALEZA: ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | 4-6 | X | | |
| OBJETO SOCIAL DEL PROPONENTE O MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL RELACIONADO CON EL OBJETO DEL PROCESO | 4-6 | X | | |
| PERSONERIA JURIDICA PARA INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR. | 33-35 | X | | Resolucion No. 300 de fecha 22 de marzo de 2012 |
| REGISTRO UNICO DE PROPONENTES | 44-64 | X | | |
| AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O APODERADO PARA PRESENTAR PROPUESTA O SUSCRIBIR EL CONTRATO (DE REQUERIRSE DE ACUERDO A LOS ESTATUTOS). | 8 | X | | |
| PODER EN CASO QUE EL PROPONENTE ACTUE A TRAVES DE APODERADO | N/A | | | |
| REGISTRO UNICO TRIBUTARIO | 18-21 | X | | |
| FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL | 9 | X | | |
| CONSULTA BOLETIN RESPONSABLES FISCALES DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURIDICA | 14 | 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 | 15-16 | X | | |
| CONSULTA ANTECEDENTES PENALES DEL REPRESENTANTE LEGAL | 17 | X | | |
| CERTIFICACION DE PARTICIPACION INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE FORMATO 4 | 12-13 | X | | |
| DOCUMENTO DE CONSTITUCION DEL CONSORCIO O UNION TEMPORAL CUANDO APLIQUE FORMATO 6 - 7 | N/A | | | |

EVALUADO POR: 
 NOMBRE: ALBERTO ORTIZ RIOS
 CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
 FECHA: 1/12/2014