

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                  |         |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------|----------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA            |         | CÓDIGO         |
|                                                                                                                      | MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |         | GEC-FT-35-V3   |
|                                                                                                                      |                                                                  | PAGINAS | Página 1 de 42 |

**EVALUACIÓN FINAL TÉCNICA Y ECONÓMICA A LA CONVOCATORIA PÚBLICA SAMC – 008 - 2025 ADELANTADA POR SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA, EL CUAL TIENE COMO OBJETO: "REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICO OCUPACIONALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA SERVIDORES PÚBLICOS – NIVEL CENTRAL Y ADMINISTRATIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA, COMO TAMBIEN EVALUACIONES ESPECÍFICAS PARA CONTRATISTAS NIVEL DE RIESGO IV Y V QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS; ADEMÁS DE SERVICIOS DE MEDICINA OCUPACIONAL PARA APOYAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO".**

**PROPONENTE 1 INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S**  
**NIT: 901.214.786 – 8**  
**EVALUACIÓN TÉCNICA**

| REQUISITOS DE EXPERIENCIA HABILITANTES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROPONENTE                             | REQUISITOS HABILITANTES PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CALIFICACION | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S     | <p><b>EXPERIENCIA GENERAL:</b> El proponente deberá acreditar experiencia general a través de máximo (02) contratos, cuyo objeto corresponda a la realización de exámenes médicos ocupacionales con entidades públicas y/o privadas cuya suma de valores ejecutados sea como mínimo igual o superior al cien (100%) por ciento del presupuesto oficial, expresados en SMLMV, y en el que se certifique en su ficha técnica o alcance contractual, haber ejecutado al menos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes ocupacionales periódicos.</li><li>• Exámenes ocupacionales de ingreso y egreso.</li><li>• Exámenes para conductores.</li><li>• Exámenes de laboratorio clínico.</li></ul> | CUMPLE       | <p>El proponente anexa las presentes certificaciones:</p> <p>1. Presenta certificación, acta de liquidación y contrato de contrato suscrito entre la Alcaldía Municipal de Chía y Inssomedic Ocupacional SAS cuyo objeto fue "Realización de evaluaciones medico ocupacionales y exámenes complementarios para servidores públicos nivel central y administrativos de las instituciones educativas oficiales de Alcaldía Municipal de Chía, como también evaluaciones específicas para contratistas nivel de riesgo IV y V que desarrollan actividades de trabajo seguro en alturas, además de servicios de medicina ocupacional para apoyar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo" por valor de Doscientos treinta y nueve millones ochocientos noventa mil pesos m/cte (\$239.890.000) equivalente (184,53 SMLMV) ejecutado entre el 10 de septiembre de 2024 al 30 de diciembre de 2024.</p> <p>2. Presenta certificación de contrato suscrito entre la Empresa de Servicios Públicos de Chía Emserchia ESP y Inssomedic Ocupacional</p> |

|                                                                                                                                               |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|
| <div>  <div> ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br/>CHILA </div> </div> |  |  | <div> <div>PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN</div> <div> <div> FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA </div> <div> MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA </div> </div> </div> <td data-kind="ghost"></td> <td> <div> <div>CÓDIGO</div> <div>GEC-FT-35-V3</div> </div> </td> |  | <div> <div>CÓDIGO</div> <div>GEC-FT-35-V3</div> </div> |
|                                                                                                                                               |  |  | <div> <div>PAGINAS</div> <div>Página 2 de 42</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                        |

DOCUMENTOS TECNICOS HABILITANTES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <p>SAS cuyo objeto fue "Prestar los servicios de actividades complementarias al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, específicamente en el subprograma medicina preventiva y el trabajo de los funcionarios de la empresa de servicios públicos de Chila - EMSERCHILA E.S.P" por valor de Treinta dos millones cuatrocientos veintitrés mil ciento noventa y dos pesos m/cte (\$32.423.192) equivalente (26.15 SMLMV) ejecutado entre el 12 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025.</p> <p>El proponente INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S anexa el formato No 6 y adicional acredita experiencia por valor de Doscientos setenta y dos millones trescientos trece mil ciento noventa y dos pesos m/cte (\$272.313.192) equivalente a 207.30 SMLMV.</p> |
| <div> <div>INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S</div> <div> <b>ESPECIFICACIONES TECNICAS:</b> Los proponentes deberán describir los bienes y servicios ofrecidos, los cuales deben cumplir con los requisitos mínimos establecidos en el Apéndice Técnico Anexo N° 01 de este Pliego de Condiciones. </div> </div> | <div> <div>CUMPLE</div> <div> El proponente anexa documento ficha técnica debidamente suscrito por el representante legal en donde se compromete a prestar los servicios establecidos en el Anexo No 1 Apéndice Técnico. </div> </div>                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div> <div>INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S</div> <div> <b>INFRAESTRUCTURA FÍSICA:</b> </div> </div>                                                                                                                                                                                                           | <div> <div>CUMPLE</div> <div> 1. El proponente presenta documento suscrito por el representante legal en donde certifica que las instalaciones están ubicadas en la Carrera 9 No 10 – 74 piso 2 oficina 200 y piso 3, casco urbano de la jurisdicción del Municipio de Chila e indica que cuenta con los siguientes consultorios medico: </div> </div> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |





ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHILA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 4 de 42

CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS:

En el sistema de salud se dispone de una diversidad de instrumentos de medición para realizar diagnóstico y terapia a los pacientes. Varios de estos elementos tienen una influencia significativa en la obtención de los datos pudiendo presentar variabilidad con respecto a las condiciones reales de salud de los pacientes, lo que se puede reflejar en información incorrecta, influyendo en la toma de decisiones equivocadas al momento de diagnosticar y proporcionar terapias a los pacientes. Lo anterior puede repercutir directamente en el deterioro de la salud y bienestar de los pacientes atendidos y, en consecuencia, su calidad de vida.

Así mismo, la calibración de estos equipos permitirá a la Entidad verificar que los errores e incertidumbre de los equipos se encuentren dentro de rangos permisibles que no pondrán en riesgo la salud de los pacientes. Así mismo la metrología en el área de la salud, garantiza que se pueda verificar que las mediciones de los equipos que se dispongan al servicio durante la ejecución contractual sean confiables, tanto en los equipos de diagnóstico como en los equipos de terapia.

Por lo expuesto, se hace necesario que los oferentes garanticen que los equipos que pretenden destinar a la prestación del servicio contractual estén debidamente calibrados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, debiendo acreditar su disponibilidad en óptimas condiciones para la prestación de los mencionados servicios.

Lo anterior deberá ser acreditado por el oferente, mediante la presentación de las respectivas certificaciones vigentes de calibración de los equipos utilizados en cada servicio de salud incluyendo los utilizados en el laboratorio clínico, expedidos por la entidad que realizó tal calibración, con identificación de cada equipo de manera que se pueda cotejar esta información en la correspondiente visita del comité evaluador.

CUMPLE

Presenta las siguientes de calibración de equipos:

1. 17508 Certificado de calibración de cabina de sonometría
2. 17509 Certificado de calibración de cabina de sonometría
3. CA-707725 Certificado de calibración Tensiómetro Andlogo
4. CA-707727 Certificado de calibración Tensiómetro Andlogo
5. CA-707729 Certificado de calibración Tensiómetro Andlogo
6. CA-707731 Certificado de calibración Tensiómetro Andlogo
7. CA-707733 Certificado de calibración Bascula Andlogo
8. CA-707735 Certificado de calibración Bascula Andlogo
9. CA-707737 Certificado de calibración Bascula Andlogo
10. CA-707751 Certificado de calibración Tallmetro
11. CA-707753 Certificado de calibración Tallmetro
12. CA-707755 Certificado de calibración Tallmetro
13. CA-707773 Certificado de calibración Termómetro digital de Paciente
14. CA-707775 Certificado de calibración Termómetro digital de Paciente
15. CA-707777 Certificado de calibración Termómetro digital de Paciente
16. CA-707724 Certificado de calibración Tensiómetro
17. CA-707726 Certificado de calibración Tensiómetro
18. CA-707728 Certificado de calibración Tensiómetro
19. CA-707730 Certificado de calibración Tensiómetro
20. CA-707732 Certificado de calibración Bascula Andlogo
21. CA-707734 Certificado de calibración Bascula Andlogo
22. CA-707736 Certificado de calibración Bascula Andlogo
23. CA-707738 Certificado de calibración Estetoscopio
24. CA-707739 Certificado de calibración Equipo órganos
25. CA-707740 Certificado de calibración Estetoscopio
26. CA-707741 Certificado de calibración Martillo de reflejos
27. CA-707742 Certificado de calibración Estetoscopio
28. CA-707743 Certificado de calibración Estetoscopio
29. CA-707744 Certificado de calibración Equipo órganos
30. CA-707745 Certificado de calibración Cinta métrica
31. CA-707746 Certificado de calibración Cinta métrica
32. CA-707747 Certificado de calibración Cinta métrica

INSSOMEDIC  
OCUPACIONAL  
S.A.S

Carretera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 33. CA-707748 Certificado de calibración Martillo de reflejos<br>34. CA-707749 Certificado de calibración Martillo de reflejos<br>35. CA-707750 Certificado de calibración tallmetro estadiómetro<br>36. CA-707752 Certificado de calibración tallmetro estadiómetro<br>37. CA-707754 Certificado de calibración tallmetro estadiómetro<br>38. CA-707772 Certificado de calibración termómetro digital de paciente<br>39. CA-707774 Certificado de calibración termómetro digital de paciente<br>40. CA-707776 Certificado de calibración termómetro digital de paciente<br>41. CA-707778 Certificado de calibración negatoscopio<br>42. CA-707756 Certificado de calibración microscopio<br>43. CA-707757 Certificado de calibración termo higrómetro<br>44. CA-707758 Certificado de calibración Termómetro<br>45. CA-707759 Certificado de calibración Termómetro<br>46. CA-707760 Certificado de calibración termo higrómetro<br>47. CA-707761 Certificado de calibración termo higrómetro<br>48. CA-707765 Certificado de calibración Centífuga<br>49. CA-707766 Certificado de calibración Centífuga<br>50. CA-707767 Certificado de calibración Centífuga<br>51. CA-707768 Certificado de calibración Baño centífugo<br>52. CA-707769 Certificado de calibración Agitador de Mazzini<br>53. CA-707770 Certificado de calibración Horno de secado |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | El proponente adjunta certificaciones de Mantenimiento y Reparación de Equipos para Oftalmología, Optometría y Médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  | <b>CERTIFICADO VIGENTE DE HABILITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 1. Presenta portafolio donde consta que está inscrito y habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS como prestador de acreditado en salud y con registro de la carrera 9 No 10 – 74 piso 2 oficina 200 y piso 3, con habilitación de los siguientes servicios (Medicina general, optometría, psicología, seguridad y salud en el trabajo, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico, g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  | De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y la Resolución 3100 de 2019 y demás normas concordantes y vigentes sobre el Sistema Único de Habilitación, el oferente debe contar de acuerdo con el objeto del contrato, con la inscripción vigente en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de los servicios de salud a ofertar y que se prestarán en la sede registrada en |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                                                                                         |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br><b>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</b> |                                |
|                                                                                                                      | CÓDIGO<br>PAGINAS                                                                                                                       | GEC-FT-35-V3<br>Página 6 de 42 |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S | <p>dicho registro, la cual debe estar ubicada dentro del Municipio de Chía; dicha inscripción debe haber sido realizada en la Secretaría de Salud Departamental de Cundinamarca. Es indispensable el registro del servicio en Seguridad y Salud en el Trabajo, además de las disciplinas requeridas para la realización del objeto del contrato y además deberá garantizar como requisito de su oferta, que la prestación de los servicios a contratar sea bajo la modalidad intramural, entendida ésta como la atención ambulatoria que se realiza en una misma edificación de salud.</p> <p>Lo anterior se acreditará mediante la presentación junto con su oferta, de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de la consulta en tiempo real del estado del prestador (incluye sede y servicios) en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS del Ministerio de Salud con una antelación de máximo cinco (5) días a la presentación de la presente propuesta.</li> <li>• Licencia en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente del oferente, que autorice la prestación de los servicios en el Municipio de Chía.</li> <li>• Habilitación de los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, Optometría, Psicología, Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje, Toma de Muestras y Laboratorio Clínico, de manera obligatoria. (DISTINTIVOS)</li> </ul> | CUMPLE | <p>fonoaudiología y/o terapia de lenguaje) con fecha 08 de junio de 2025.</p> <p>2. El proponente adjunta resolución No 25-00540 de 2023 "Por la cual se renueva la licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo a la empresa INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS SIGLA INSSO" donde consta que se autoriza la prestación de los servicios en el Municipio de Chía.</p> <p>3. Adjunta distintivo de habilitación de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 423 – Seguridad y salud en el trabajo con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0570779.</li> <li>• 712 – Toma de muestras de laboratorio clínico con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0524691.</li> <li>• 337 – Optometría con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0566433.</li> <li>• 740 – Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0567987.</li> <li>• 344 – Psicología con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0567985.</li> <li>• 706 – Laboratorio Clínico con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0567986.</li> </ul> |
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S | <b>CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de protección personal que garanticen la seguridad del paciente y el personal asistencial.</li> <li>• Obtención segura de la Muestra biológica para su análisis.</li> <li>• Cumplimiento de la normatividad vigente.</li> </ul> <p>Por lo anterior la Entidad exige que el oferente deberá cumplir con dichas condiciones, para la realización de los exámenes médicos, lo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUMPLE | <p>El proponente adjunta carta de compromiso de cumplimiento con las condiciones de bioseguridad universales y las establecidas en los Pliegos de Condiciones Definitivos que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de protección personal que garanticen la seguridad del paciente y el personal asistencial.</li> <li>• Obtención segura de la Muestra biológica para su análisis.</li> <li>• Cumplimiento de la normatividad vigente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 7 de 42

cual se garantizará inicialmente mediante la suscripción de una carta de compromiso junto con su oferta donde se comprometa a cumplir con el contenido del manual de bioseguridad establecido en la entidad, para la prevención y contención de infecciones, conforme a lo ya expuesto.

De igual manera, INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS cuenta con su Manual de Bioseguridad debidamente implementado para los servicios ofrecidos que se cumple permanentemente en la entidad.

OTROS DOCUMENTOS EXIGIDOS AL OFERENTE

Para prestar servicios en Salud Ocupacional y/o Seguridad y Salud en el Trabajo, el oferente deberá adjuntar en la propuesta el siguiente documento:

INSSOMEDIC  
OCUPACIONAL  
S.A.S

- Concepto técnico de seguridad y protección contra incendios, emitido por el Cuerpo de Bomberos del Municipio de Chía.
- Registro fotográfico de la planta eléctrica instalada y funcional en sede de prestación de los servicios asistenciales del oferente.

CUMPLE

- El proponente anexo concepto técnico de bomberos No 46756 de fecha 26 de marzo de 2025 expedido por el CT. Jairo Alberto Garzón Nivia.
- El proponente presenta registro fotográfico de la planta eléctrica instalada y funcional en la sede de prestación de los servicios asistenciales, así mismo presenta registro del protocolo mantenimiento preventivo mayor plantas eléctricas.

RECURSO HUMANO MINIMO REQUERIDO

MEDICO SST

| PERFIL PROFESIONAL                                                                        | CANT. | ACTIVIDADES A EJECUTAR                                                                                                                                                                    | DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA                                                                       | EXPERIENCIA REQUERIDA                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Médico con licencia en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el | 1     | La realización de los exámenes ocupacionales programados, en cumplimiento de las normas vigentes, para los servicios de médico laboral (emisión y emisión de recomendaciones, práctica de | -Copia de cédula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional en medicina | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en medicina laboral |

INSSOMEDIC  
OCUPACIONAL  
S.A.S

CUMPLE

MEDICO ESPECIALISTA  
PEDRO ANDRES LEGUIZAMON QUIROGA

**DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA**

1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía 1.015.416.656
2. Adjunta acta de grado No 7270 y diploma No 7270 de la Universidad de ciencias Aplicadas y ambientales U.D.C.A. Bogotá, como MEDICO CIRUJANO y de fecha 13 de diciembre de 2012.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

|         |                |
|---------|----------------|
| CÓDIGO  | GEC-FT-35-V3   |
| PAGINAS | Página 8 de 42 |

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S                                                    | <table><tr><td>Trabajo y Riesgos, con capacitación de 50 horas en SST o su actualización de 20 horas</td><td>exámenes de ingreso, post- ingreso, post- incapacidad y manipulación de alimentos), deben ser realizados por médico titulado con especialización o debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Medicina del Trabajo o Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales vigente.<br/>-Copia de la capacitación Laborales, con la capacitación vigente de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.<br/>-Copia del Certificado de evaluador y/o discapacitado.<br/>-Copia de la constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.</td><td>desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo</td></tr></table> | Trabajo y Riesgos, con capacitación de 50 horas en SST o su actualización de 20 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | exámenes de ingreso, post- ingreso, post- incapacidad y manipulación de alimentos), deben ser realizados por médico titulado con especialización o debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Medicina del Trabajo o Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales vigente.<br>-Copia de la capacitación Laborales, con la capacitación vigente de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.<br>-Copia del Certificado de evaluador y/o discapacitado.<br>-Copia de la constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual. | desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo | CUMPLE | <p>3. Adjunta resolución No 1000 del (24 de junio de 2022) "por medio de la cual se otorga una licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional en Seguridad y Salud en el trabajo", que se otorga mediante la presente Resolución se concede por el término diez (10) años y podrá ser renovada por término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.</p> <p>4. Adjunta certificado del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA donde consta que Aprobó la capacitación de Curso 50 Horas – en SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST y con una intensidad Horaria: 50 horas.</p> <p>5. Adjunta certificado del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA donde consta que Aprobó la acción de formación en CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD con una intensidad Horaria de cuarenta y ocho (48) horas.</p> <p>6. Presenta certificado de asistencia al curso – taller: ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL – CODIGO FUCSIA – RESOLUCIÓN 3100 / 2019, con una intensidad de ochenta (80) horas.</p> <p><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en salud ocupacional y riesgos laborales de la Universidad Manuela Beltrán del 20 de mayo de 2022.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación del laboratorio clínico JACQUELINE HERRERA como médico especialista en salud ocupacional y riesgos en el trabajo, desde el 01 de junio del 2022, hasta 15 mayo de 2024.</p> <p><b>Experiencia certificada:</b> veintitrés 23 meses y catorce 14 días.</p> |
| Trabajo y Riesgos, con capacitación de 50 horas en SST o su actualización de 20 horas | exámenes de ingreso, post- ingreso, post- incapacidad y manipulación de alimentos), deben ser realizados por médico titulado con especialización o debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Medicina del Trabajo o Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales vigente.<br>-Copia de la capacitación Laborales, con la capacitación vigente de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.<br>-Copia del Certificado de evaluador y/o discapacitado.<br>-Copia de la constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual. | desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 9 de 42

|                                                          |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S                       |   | <table><tr><td>Optometra</td><td>1</td><td>Estos exámenes deberán ser realizados por Optometra titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br/>-Copia de la capacitación 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en optometría laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo.</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Optometra                                                                                                                                                      | 1 | Estos exámenes deberán ser realizados por Optometra titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en optometría laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo. |
| Optometra                                                | 1 | Estos exámenes deberán ser realizados por Optometra titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en optometría laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo. |   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |
| OPTOMETRA                                                |   | CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |
| OPTOMETRA ESPECIALISTA<br>SANDRA MARCELA GARAVITO PRIETO |   | <p><b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b></p> <p>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 35.475.569</p> <p>2. Adjunta acta de grado No 11934 y diploma No 011266 de la Universidad de la Salle Bogotá, como OPTOMETRA y de fecha 09 de junio de 1995.</p> <p>3. Adjunta tarjeta profesional del consejo técnico nacional profesional de optometría No IP 354/5569 y registro 1645 CTNOP.</p> <p>4. Adjunta resolución No. 25-1980 (07de abril de 2014) "Por la cual se otorga licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional" como OPTOMETRA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL, de igual manera adjunta resolución No 25-0200 de 2024 (27 de marzo de 2024) "por la cual se renueva la licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo".</p> <p>5. Adjunta certificación del SENA donde curso y aprobó ACTUALIZACIÓN VIRTUAL DEL CURSO DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) Intensidad de 20 Horas expedido por SAFE S.A.S. con fecha 26 de junio de 2023.</p> <p><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en gerencia de la salud ocupacional de la Fundación Universitaria del Área Andina Universidad del Rosario del 11 de octubre de 2013.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación de DR CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA como optómetra especialista en seguridad y salud en el trabajo, en el</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |

|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |  |  | área de optometría desde abril de 2014 hasta el día 05 de agosto de 2024.                                                                                                                                                                            |
|    |  |  | 2. Anexa certificación de ACCIONAR SALUD IPS como optómetra especialista en seguridad y salud en el trabajo, en el área de optometría desde el 26 de enero de 2015 hasta el 01 de julio de 2019.                                                     |
|    |  |  | <b>Experiencia certificada:</b> 10 años                                                                                                                                                                                                              |
|    |  |  | FONOAUDIÓLOGO ESPECIALISTA<br>ZENEIDA AMIRA GARZON BAUTISTA                                                                                                                                                                                          |
|    |  |  | <b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b>                                                                                                                                                                                                             |
|    |  |  | 1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 21.021.545.                                                                                                                                                                                           |
|    |  |  | 2. Adjunta acta de grado No 50/94 y diploma de la Corporación Universitaria Iberoamericana, como FONOAUDIÓLOGA y de fecha 25 de marzo de 1994.                                                                                                       |
|    |  |  | 3. Adjunta tarjeta profesional de la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y terapia del lenguaje Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos con RUN No 07-01150.                                                                                        |
|    |  |  | 4. Adjunta resolución No. 25-0437 DE 2020 (13 DE AGOSTO DE 2020) "Por la cual se otorga licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como FONOAUDIÓLOGA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. |
|    |  |  | 5. Adjunta certificación donde curso y aprobé ACTUALIZACIÓN VIRTUAL DEL CURSO DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SSJ) con una intensidad de 20 horas expedido por ARL SURA con fecha 01 de abril de 2024.                 |
|    |  |  | <b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en gerencia de la seguridad y salud en el trabajo de la Universidad ECCI del 10 de julio de 2020.                                                                                                               |
|    |  |  | <b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b>                                                                                                                                                                                                                         |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| </ |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 11 de 42

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |        |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------|
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div>1. Anexa certificación de ACCIONAR SALUD IPS como fonocardióloga especialista en seguridad y salud en el trabajo, desde enero de 2019 hasta diciembre de 2022.</div> <div>2. Anexa certificación de DOCTOR CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA como fonocardióloga especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, desde agosto de 2020 hasta mayo de 2024.</div> <div>Experiencia certificada: 89 meses</div> <div>PSICOLOGO ESPECIALISTA<br/>FREDY MILCIADES RAMIREZ BRAVO</div> <div>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</div> <div>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 80.082.110</div> <div>2. Adjunta acta de grado No 059 y diploma No 43607 de la Corporación Universitaria Minuto de Dios - Bogotá, como PSICOLOGO, de fecha 13 de agosto de 2016.</div> <div>3. Adjunta tarjeta profesional del Colegio Colombiano de Psicología No 164118.</div> <div>4. Adjunta resolución No. 25-0342 DE 2023 (12 DE MAYO DE 2023) "Por la cual se otorga licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como PSICOLOGO ESPECIALISTA GERENCIA EN RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</div> <div>5. Adjunta certificación donde curso y aprobó ACTUALIZACIÓN VIRTUAL DEL CURSO DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) con una intensidad de 20 horas expedido por ARL SURA con fecha 01 de abril de 2024.</div> <div>ESPECIALIZACIÓN: Especialista en gerencia en riesgos laborales, seguridad y salud en el trabajo de la Corporación Universitaria Minuto de Dios - Bogotá del 15 de agosto de 2024.</div> <div>EXPERIENCIA REQUERIDA</div> <div>1. Anexa certificación de ACCIONAR SALUD IPS como como Psicólogo en el periodo laboral marzo de 2021 a 27 de diciembre de 2022.</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |        |
| INSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S | <div>PSICÓLOGO</div> <table><tr><td>Psicólogo</td><td>1</td><td>Realizar el apoyo psicológico y valoración para la remisión a entidades de salud, realizados por Psicólogo titulado con especialización debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación virtual vigente de 50 y/o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br/>-Copia de la capacitación virtual de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional.</td></tr></table> | Psicólogo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Realizar el apoyo psicológico y valoración para la remisión a entidades de salud, realizados por Psicólogo titulado con especialización debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación virtual vigente de 50 y/o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación virtual de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional. | CUMPLE |
| Psicólogo                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Realizar el apoyo psicológico y valoración para la remisión a entidades de salud, realizados por Psicólogo titulado con especialización debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación virtual vigente de 50 y/o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación virtual de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |        |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |        |  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            | <b>Experiencia certificada:</b> 1 año y 9 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |        |  |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            | FISIOTERAPEUTA O ERGONOMO<br>ANGELA MARIA PADRON RODRIGUEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |        |  |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            | <b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b><br><br>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 52.645.487<br><br>2. Adjunta acta de grado No 9 del Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario - Bogotá, como FISIOTERAPEUTA, de fecha 07 d octubre de 1997.<br><br>3. Adjunta tarjeta profesional de la Secretaría de Salud No PT 070398 y de igual manera pantallazo en del REITHUS en donde se puede verificar que está vigente por la Entidad Colegio Colombiano de Fisioterapeutas – COLFI.<br><br>4. Adjunta resolución No. 5699 DE 24/05/2017 "Por la cual se modifica la Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN ERGONOMIA Y GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL, con una vigencia de 10 años.<br><br><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en Gerencia en Salud ocupacional de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca del 17 de diciembre de 2008. |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |        |  |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            | <b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b><br>1. Anexa certificación de WORKERS LTDA como como Fisioterapeuta especializada en seguridad y salud en el trabajo en el periodo laboral del 10 abril de 2017 hasta 21 de enero de 2019.<br><br>2. Anexa certificación de Doctor DR HR LTDA como ergónoma especializada en seguridad y salud en el trabajo en el periodo laboral del 01 de marzo de 2018 a enero de 2019.<br><br><b>Experiencia certificada:</b> 31 Meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |        |  |
| INSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S | <table><tr><td>Fisioterapia o ergonómo</td><td>1</td><td>Realización de la valoración individual y estudios de puesto de trabajo realizados por Fisioterapia o Ergonómo titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional.</td></tr></table> | Fisioterapia o ergonómo                                                                                                                                                                                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Realización de la valoración individual y estudios de puesto de trabajo realizados por Fisioterapia o Ergonómo titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional. | CUMPLE |  |
| Fisioterapia o ergonómo           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Realización de la valoración individual y estudios de puesto de trabajo realizados por Fisioterapia o Ergonómo titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional.                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |        |  |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>INSSOMEDIC<br/>OCUPACIONAL<br/>S.A.S</div>  | <div>TERAPEUTA RESPIRATORIA Y/O ENFERMERA PROFESIONAL</div> <table><tr><td>Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera Profesional</td><td>1</td><td>Realización de la valoración individual de Espirometría</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional</td></tr></table> | Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera Profesional                                                | 1                                                                                                                               | Realización de la valoración individual de Espirometría                                         | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional | <div>CUMPLE</div> <div>TERAPEUTA RESPIRATORIA<br/>DIANA CAROLINA GIL GARCIA</div> <div>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</div> <div>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 52.690.350</div> <div>2. Adjunta acta de grado No 087 y diploma de la Fundación Universitaria del Área Andina - Bogotá, como TERAPEUTA RESPIRATORIO, de fecha 26 de julio del 2000.</div> <div>3. Adjunta tarjeta profesional expedida por la Secretaría Distrital de Salud como terapeuta respiratorio expedida el 02/04/2002.</div> <div>EXPERIENCIA REQUERIDA</div> <div>1. Anexa certificación del DR CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA como Terapeuta Respiratorio en espirometrías en el periodo laboral del año 2010 al año 2024.</div> <div>Experiencia certificada: 24 años</div>                                              |
| Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera Profesional | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Realización de la valoración individual de Espirometría                                         | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div>INSSOMEDIC<br/>OCUPACIONAL<br/>S.A.S</div>  | <div>BACTERIOLOGA</div> <table><tr><td>Bacterióloga</td><td>1</td><td>Realizar la toma de muestras y el procesamiento de exámenes de laboratorio y su interpretación.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional</td></tr></table>                                 | Bacterióloga                                                                                    | 1                                                                                                                               | Realizar la toma de muestras y el procesamiento de exámenes de laboratorio y su interpretación. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional | <div>CUMPLE</div> <div>BACTERIOLOGA<br/>YOVANNA MARIA GONZALEZ VARGAS</div> <div>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</div> <div>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No34.561.986</div> <div>2. Adjunta diploma de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca - Bogotá, como BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO, de fecha 26 de junio de 1998.</div> <div>3. Adjunta tarjeta profesional del Colegio nacional de bacteriología.</div> <div>EXPERIENCIA REQUERIDA</div> <div>1. Anexa certificación de la Gobernación del Cauca en donde se certifican los siguientes contratos como profesional en bacteriología:</div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>1 629 de 2020 – 3 meses de ejecución</li><li>1090 de 2021 – 7 meses y 15 días de ejecución</li><li>1039 de 2025 – 8 meses</li></ul></div> |
| Bacterióloga                                     | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Realizar la toma de muestras y el procesamiento de exámenes de laboratorio y su interpretación. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>2. Anexa certificación del laboratorio CLINICA SANTA GRACIA – DUMIAN como bacterióloga en el periodo comprendido entre el 26 de julio de 2018 hasta el 16 de septiembre de 2019.</div> <div>Experiencia certificada: 32 meses y 15 días</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div>COORDINADOR OPERATIVO (PROFESIONAL DE LA SALUD O PROFESIONAL EN ÁREAS ADMINISTRATIVAS EN SERVICIOS DE SALUD, CON ESPECIALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO).</div> | <table><tr><td>Coordinador Operativo (Profesional de la salud o profesional en áreas administrativas en servicios de salud, con especialización en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo).</td><td>1</td><td>Para toda la ejecución del contrato, hará las veces de coordinador operativo, quien será el encargado de canalizar la información y gestionar y/o delegar las actividades y demás trámites inherentes al contrato, estará en permanente contacto con el Supervisor del mismo y suministrará la información que éste requiera; así mismo, se encargará de presentar un informe de los exámenes practicados mensualmente, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, indicando el valor ejecutado del contrato y el saldo pendiente por efectuar. Nota: se hace claridad que la persona a desempeñar este cargo debe ser diferente a los profesionales referenciados para los servicios asistenciales.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional</td></tr></table> | Coordinador Operativo (Profesional de la salud o profesional en áreas administrativas en servicios de salud, con especialización en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                  | Para toda la ejecución del contrato, hará las veces de coordinador operativo, quien será el encargado de canalizar la información y gestionar y/o delegar las actividades y demás trámites inherentes al contrato, estará en permanente contacto con el Supervisor del mismo y suministrará la información que éste requiera; así mismo, se encargará de presentar un informe de los exámenes practicados mensualmente, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, indicando el valor ejecutado del contrato y el saldo pendiente por efectuar. Nota: se hace claridad que la persona a desempeñar este cargo debe ser diferente a los profesionales referenciados para los servicios asistenciales. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional | <div>CUMPLE</div> | <div>COORDINADOR OPERATIVO<br/>GISELA EDITH GOMEZ CHAUX</div> <div>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</div> <div>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 52.180.622</div> <div>2. Adjunta acta de grado No 121573 y diploma de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN - Bogotá, como ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD, de fecha 30 de noviembre de 2019.</div> <div>3. Adjunta resolución No. 3580 DE (25/07/2022) "Por la cual se concede licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALISTA EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, con una vigencia de 10 años.</div> <div><b>ESPECIALIZACION:</b> Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano del 07 de abril de 2022.</div> <div><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b><br/>1. Anexa certificación BOSTON MEDICAL GROUP DE COLOMBIA SAS como profesional (coordinador de sistemas de calidad) en el periodo laboral de 23 de marzo de 2010 hasta 30 de marzo de 2022, sin embargo y de acuerdo a la fecha del título como profesional solo se tendrá en cuenta la experiencia desde la fecha de grado 30 de noviembre de 2019.</div> <div>Experiencia certificada: 28 meses</div> |
| Coordinador Operativo (Profesional de la salud o profesional en áreas administrativas en servicios de salud, con especialización en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo).            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Para toda la ejecución del contrato, hará las veces de coordinador operativo, quien será el encargado de canalizar la información y gestionar y/o delegar las actividades y demás trámites inherentes al contrato, estará en permanente contacto con el Supervisor del mismo y suministrará la información que éste requiera; así mismo, se encargará de presentar un informe de los exámenes practicados mensualmente, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, indicando el valor ejecutado del contrato y el saldo pendiente por efectuar. Nota: se hace claridad que la persona a desempeñar este cargo debe ser diferente a los profesionales referenciados para los servicios asistenciales. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.                                                               | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

INSSOMEDIC  
OCUPACIONAL  
S.A.S

|                                                                                                                      |                                                                  |                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                  |                 |  |
|                                                                                                                      | FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA            |                 |  |
|                                                                                                                      | MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |                 |  |
|                                                                                                                      | CÓDIGO                                                           | GEC-FT-35-V3    |  |
|                                                                                                                      | PAGINAS                                                          | Página 15 de 42 |  |

**PROPONENTE 2 LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS**  
**NIT: 900.611.672 – 6**  
**EVALUACIÓN TÉCNICA**

| REQUISITOS DE EXPERIENCIA HABILITANTES          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROPONENTE                                      | REQUISITOS HABILITANTES PLEGO DE CONDICIONES DEFINITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CALIFICACION | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | <p><b>EXPERIENCIA GENERAL:</b> El proponente deberá acreditar experiencia general a través de máximo (02) contratos, cuyo objeto corresponda a la realización de exámenes médicos ocupacionales con entidades públicas y/o privadas cuya suma de valores ejecutados sea como mínimo igual o superior al cien (100%) por ciento del presupuesto oficial, expresados en SMLMV, y en el que se certifique en su ficha técnica o alcance contractual, haber ejecutado al menos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes ocupacionales periódicos.</li><li>• Exámenes ocupacionales de ingreso y egreso.</li><li>• Exámenes para conductores.</li><li>• Exámenes de laboratorio clínico.</li></ul> | CUMPLE       | <p>El proponente anexa las presentes certificaciones:</p> <p>1. Presenta contrato suscrito entre la ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA y la empresa LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS cuyo objeto fue "Realización de exámenes médico ocupacionales de ingreso, periódico, egreso, específicos para conductores, personal de servicios generales, y planta de sacrificio, post incapacidad, exámenes de trabajo en alturas para los funcionarios y contratistas nivel de riesgo iv y v, servicios médico ocupacionales para estudio de puesto de trabajo dentro del proceso de calificación de origen de enfermedad, servicios de apoyo psicológico a los funcionarios de la Alcaldía de Chía y Administrativos de las Instituciones Municipales;" por valor de Doscientos treinta y cuatro millones cuatrocientos ochenta y nueve mil pesos m/cte (\$234.489.000) ejecutado entre el 26/05/2021 al 25/12/2021.</p> <p>2. Presenta contrato suscrito entre la ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA y la empresa LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS cuyo objeto fue "Realización de exámenes médicos ocupacionales y específicos para los funcionarios nivel central y administrativos de las instituciones educativas oficiales de la Alcaldía de Chía así como también exámenes para los contratistas que desarrollen actividades en alturas, además de servicios de medicina ocupacional para efectuar lo</p> |

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                  |                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA            |                 |  |
|                                                                                                                      | MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |                 |  |
| CÓDIGO                                                                                                               |                                                                  | GEC-FT-35-V3    |  |
| PAGINAS                                                                                                              |                                                                  | Página 16 de 42 |  |

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | requerido en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo." por valor de Doscientos ochenta millones de pesos m/cte (\$280.000.000) ejecutado entre el 01/04/2022 al 31/12/2022.                                                   |
|  |  |  | El proponente LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS anexa el formato No 6 y adicional acredita experiencia por valor de Quinientos catorce millones cuatrocientos ochenta y nueve mil pesos m/cte (\$514.489.000) equivalente a 395.76 SMMLV. |

DOCUMENTOS TECNICOS HABILITANTES

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | <b>ESPECIFICACIONES TECNICAS:</b> Los proponentes deberán describir los bienes y servicios ofrecidos, los cuales deben cumplir con los requisitos mínimos establecidos en el Apéndice Técnico Anexo N° 01 de este Pliego de Condiciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE | El proponente presenta documento ficha técnica debidamente suscrito por el representante legal en donde se compromete a prestar los servicios establecidos en el Anexo No 1 Apéndice Técnico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | <b>INFRAESTRUCTURA FÍSICA:</b><br><br>Los oferentes deben acreditar la disponibilidad de consultorios médicos habilitados y dotados con los equipos e implementos necesarios para la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales, que garanticen el cumplimiento de las condiciones sanitarias básicas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud; deberá estar ubicado en el MUNICIPIO DE CHÍA con su correspondiente habilitación de servicios extramurales; ya que por cuestiones de organización, logística, seguridad entre otras, no se permitirá el desplazamiento de los funcionarios a municipios o ciudades diferentes a la del lugar donde laboran (Municipio de Chía), para que les sean practicados los correspondientes exámenes programados.<br><br>Consecuentemente, es de aclarar que no se aceptará el ofrecimiento de infraestructura física acreditada mediante convenio o alianza comercial o de tipo similar; esto con el propósito de garantizar que el contratista que resulte seleccionado efectivamente sea quien ejecute | CUMPLE | 1. El proponente presenta documento suscrito por el representante legal en donde certifica que las instalaciones están ubicadas en la Calle 10 No 14B – 23 local 3 – 4, casco urbano de la jurisdicción del Municipio de Chía.<br>2. Presenta pantallazo donde consta que está inscrito y habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS.<br>3. El proponente presenta documento suscrito por el representante legal en donde certifica que garantizan la disponibilidad de los consultorios dotados con el equipo médico y mobiliario requerido para aplicación de los exámenes médicos solicitados. |

|                                                                                                                                         |  |                                            |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|
| <div><div>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br/>CHÍA</div></div> |  | <div>PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN</div> |                         |
| <div>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA<br/>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</div>   |  | <div>CÓDIGO</div>                          | <div>GEC-FT-35-V3</div> |
| <div>PAGINAS</div>                                                                                                                      |  | <div>Página 17 de 42</div>                 |                         |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div> LOSANO<br/>CENTRO<br/>INTEGRAL DE<br/>LA SALUD SAS </div> </div> | <p>Y responda directamente por el cumplimiento de las obligaciones contractuales a su cargo.</p> <p>Con relación a los exámenes de ingreso, periódicos, egreso, post-incapacidad, médico laboral, específicos para conductores, manipulación de alimentos y personal de la planta de sacrificio, trabajo en alturas, así como para el personal administrativo de las instituciones educativas, el proponente deberá garantizar la disponibilidad de los consultorios dotados con el equipo médico y mobiliario requerido para tal fin, los cuales serán verificados a través de visita en la etapa de evaluación por el comité evaluador técnico nombrado dentro de proceso, a las instalaciones del proponente, evidenciando las habilitaciones con que cuenta el proponente por cada especialidad, que se requiere para la ejecución del contrato en debida forma.</p> <p>Lo anterior se deberá acreditar de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación o constancia suscrita por el oferente donde indique la ubicación de los consultorios médicos que dispondrá para la ejecución del contrato (Dirección del inmueble).</li> <li>• Evidencia de la consulta en tiempo real del estado del prestador (incluye sede y servicios) en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS del Ministerio de Salud con una antelación de máximo cinco (5) días a la presentación de la presente propuesta.</li> <li>• Carta de compromiso donde determine la disponibilidad de los equipos médicos y mobiliario básico necesarios para la atención de los funcionarios y la aplicación de los exámenes correspondientes.</li> </ul> | <div>CUMPLE</div> | <div> Presenta las siguientes de calibración de equipos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BS-2024029 Calibración gramera</li> <li>2. BS-2024030 Calibración balanza adulto</li> <li>3. BS-2024031 Calibración balanza adulto (2)</li> </ol> </div> |
|                                                                              | <p><b>CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS:</b></p> <p>En el sistema de salud se dispone de una diversidad de instrumentos de medición para realizar diagnóstico y terapia a los pacientes. Varios de estos elementos tienen una influencia significativa en la obtención de los datos pudiendo presentar variabilidad con respecto a las condiciones reales de salud de los pacientes, lo que se puede reflejar</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                   |                                                                                                                                         |                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA | PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                                         |                 |  |
|                                                                                                                   | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br><b>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</b> |                 |  |
|                                                                                                                   | CÓDIGO                                                                                                                                  | GEC-FT-35-V3    |  |
|                                                                                                                   | PAGINAS                                                                                                                                 | Página 18 de 42 |  |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS | <p>en información incorrecta, influyendo en la toma de decisiones equivocadas al momento de diagnosticar y proporcionar terapias a los pacientes. Lo anterior puede repercutir directamente en el deterioro de la salud y bienestar de los pacientes atendidos y, en consecuencia, su calidad de vida.</p> <p>Así mismo, la calibración de estos equipos permitirá a la Entidad verificar que los errores e incertidumbre de los equipos se encuentren dentro de rangos permisibles que no pondrán en riesgo la salud de los pacientes. Así mismo la metrología en el área de la salud, garantiza que se pueda verificar que las mediciones de los equipos que se dispongan al servicio durante la ejecución contractual sean confiables, tanto en los equipos de diagnóstico como en los equipos de terapia.</p> <p>Por lo expuesto, se hace necesario que los oferentes garanticen que los equipos que pretenden destinar a la prestación del servicio contractual estén debidamente calibrados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, debiendo acreditar su disponibilidad en óptimas condiciones para la prestación de los mencionados servicios.</p> <p>Lo anterior deberá ser acreditado por el oferente, mediante la presentación de las respectivas certificaciones vigentes de calibración de los equipos utilizados en cada servicio de salud incluyendo los utilizados en el laboratorio clínico, expedidos por la entidad que realizó tal calibración, con identificación de cada equipo de manera que se pueda cotejar esta información en la correspondiente visita del comité evaluador.</p> | <p>NO CUMPLE</p> <p>NO SUBSANA</p> | <p>4. BS-2024032 Calibración tensiómetro</p> <p>5. BS-2024033 Calibración tensiómetro (2)</p> <p>6. BS-2024023 Calibración lensometro</p> <p>7. BS-2024024 Calibración keratometro</p> <p>8. BS-2024025 Calibración audiómetro</p> <p>9. BS-2024026 Calibración Cabina sonomortiguada</p> <p>10. BS-2024027 Calibración termo higrómetro</p> <p>11. BS-2024028 Calibración tonómetro</p> <p>12. BS-2024034 Calibración para sistemas de tiempo y frecuencia centífuga</p> <p>Si bien es cierto que no existe normatividad vigente respecto a la calibración de equipos médicos de medición, es recomendable realizarla como mínimo una vez al año, en virtud de la anterior la calibración presentanda no cumple con estos criterios ya que son calibraciones tomadas el día 07 de junio del año 2024, lo que a la fecha de esta evaluación ya tendrían tiempo superior a un (01) año.</p> <p>Ahora bien, si este ciclo de calibración y/o mantenimiento es diferente a lo estipulado el oferente deberá allegar plan de mantenimiento con ficha técnica del fabricante de cada uno de los equipos donde sustente que estas calibraciones deben realizarse con un periodicidad diferente.</p> <p><b>NOTA:</b> El proponente incurre en una de las causales de rechazo de las propuestas numeral 2.10, establecidas en el pliego de condiciones definitivo.</p> <p><b>2.10.1 DE CARÁCTER JURIDICO</b></p> <p>d) Cuando no sean subsanadas por el oferente las deficiencias encontradas en su oferta, a solicitud de EL MUNICIPIO, dentro del plazo que este establezca para tal efecto, o no lo realice correctamente.</p> |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                                                                                         |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br><b>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</b> |                 |
|                                                                                                                      | <b>CÓDIGO</b>                                                                                                                           | GEC-FT-35-V3    |
|                                                                                                                      | <b>PAGINAS</b>                                                                                                                          | Página 19 de 42 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICADO VIGENTE DE HABILITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.</b><br><br>De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y la Resolución 3100 de 2019 y demás normas concordantes y vigentes sobre el Sistema Único de Habilitación, el oferente debe contar de acuerdo con el objeto del contrato, con la inscripción vigente en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de los servicios de salud a ofertar y que se prestarán en la sede registrada en dicho registro, la cual debe estar ubicada dentro del Municipio de Chía; dicha inscripción debe haber sido realizada en la Secretaría de Salud Departamental de Cundinamarca. Es indispensable el registro del servicio en Seguridad y Salud en el Trabajo, además de las disciplinas requeridas para la realización del objeto del contrato y además deberá garantizar como requisito de su oferta, que la prestación de los servicios a contratar sea bajo la modalidad intramural, entendida ésta como la atención ambulatoria que se realiza en una misma edificación de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CUMPLE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Lo anterior se acreditará mediante la presentación junto con su oferta, de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de la consulta en tiempo real del estado del prestador (incluye sede y servicios) en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS del Ministerio de Salud con una antelación de máximo cinco (5) días a la presentación de la presente propuesta.</li> <li>• Licencia en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente del oferente, que autorice la prestación de los servicios en el Municipio de Chía.</li> <li>• Habilitación de los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, Optometría, Psicología, Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje, Toma de Muestras y Laboratorio Clínico, de manera obligatoria. (DISTINTIVOS)</li> </ul> |
| <p>1. Presenta pantallazo donde consta que está inscrito y habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con fecha miércoles 11 de junio de 2025.</p> <p>2. El proponente adjunta resolución No 25-00543 de 2023 "Por la cual se renueva la licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo a la empresa LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE SALUD SAS" donde consta que se autoriza la prestación de los servicios en el Municipio de Chía.</p> <p>3. Adjunta distintivo de habilitación de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 706 – Laboratorio Clínico con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0649055.</li> <li>• 423 – Seguridad y salud en el trabajo con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0321690.</li> <li>• 328 – Medicina General con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0168591.</li> <li>• 407 – Medicina del trabajo y medicina laboral con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0168594.</li> <li>• 712 – Toma de muestras de laboratorio clínico con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0168595.</li> <li>• 337 – Optometría con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0168592.</li> <li>• 740 – Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0168596.</li> <li>• 344 – Psicología con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0168593.</li> <li>• 739 – Fisioterapia con numero único del distintivo de habilitación de servicios DHSS0627394.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                                                                           |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA<br>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |                                 |
|                                                                                                                      | CÓDIGO<br>PAGINAS                                                                                                         | GEC-FT-35-V3<br>Página 20 de 42 |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS | <b>CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de protección personal que garanticen la seguridad del paciente y el personal asistencial.</li> <li>• Obtención segura de la Muestra biológica para su análisis.</li> <li>• Cumplimiento de la normatividad vigente.</li> </ul> <p>Por lo anterior la Entidad exige que el oferente deberá cumplir con dichas condiciones, para la realización de los exámenes médicos, lo cual se garantizará inicialmente mediante la suscripción de una carta de compromiso junto con su oferta donde se comprometa a cumplir con el contenido del manual de bioseguridad establecido en la entidad, para la prevención y contención de infecciones, conforme a lo ya expuesto.</p> | CUMPLE                                     | <p>El proponente adjunta carta de compromiso de cumplimiento de protocolos de bioseguridad de igual manera adjunta los siguientes manuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De procedimientos para la toma, conservación, embalaje, transporte y remisión de muestras</li> <li>- De Bioseguridad</li> <li>- De procedimiento de toma de muestras</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS | <b>OTROS DOCUMENTOS EXIGIDOS AL OFERENTE</b> <p>Para prestar servicios en Salud Ocupacional y/o Seguridad y Salud en el Trabajo, el oferente deberá adjuntar en la propuesta el siguiente documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto técnico de seguridad y protección contra incendios, emitido por el Cuerpo de Bomberos del Municipio de Chía.</li> <li>• Registro fotográfico de la planta eléctrica instalada y funcional en sede de prestación de los servicios asistenciales del oferente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          | <div>NO CUMPLE</div> <div>NO SUBSANA</div> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El proponente presenta concepto técnico de bomberos No 45911 de fecha 09 de Julio de 2024 expedido por el CT. Jairo Alberto Garzón</li> <li>- No presenta registro fotográfico de la planta eléctrica instalada y funcional en sede de prestación de los servicios asistenciales.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> El proponente incurre en una de las causales de rechazo de las propuestas numeral 2.10, establecidas en el pliego de condiciones definitivo.</p> <p><b>2.10.1 DE CARÁCTER JURIDICO</b></p> <p>al Cuando no sean subsanadas por el oferente las deficiencias encontradas en su oferta, a solicitud de EL MUNICIPIO, dentro del plazo que este establezca para tal efecto, o no lo realice correctamente.</p> |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 21 de 42

RECURSO HUMANO MINIMO REQUERIDO

| MEDICO SST                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PERFIL PROFESIONAL                                                                                                                                                                         | CANT. | ACTIVIDADES A EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EXPERIENCIA REQUERIDA                                                                   |
| Médico con licencia en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, con capacitación de 50 horas en SST o su actualización de 20 horas. | 1     | La realización de los exámenes médicos ocupacionales programados, en cumplimiento de las normas vigentes, para los servicios de médico laboral (remisión y emisión de recomendaciones, práctica de exámenes de ingreso, post-partido, egreso, post-incapacidad y manipulación de alimentos), deben ser realizados por médico titulado con especialización debidamente acreditada, en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de la tarjeta profesional<br><br>-Copia de la licencia en Medicina del Trabajo o Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales vigente.<br><br>-Copia de la capacitación de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.<br><br>-Copia del Certificado de evaluador y/o de evaluador de discapacidad.<br>-Copia de la constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en medicina laboral |

LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS

LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS

CUMPLE

MEDICO ESPECIALISTA  
DIANA BUENO AREVALO

DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA

1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía.

2. Adjunta acta de grado No 4441 y diploma No 4441 de la Universidad de ciencias Aplicadas y ambientales U.D.C.A. Bogotá, como MEDICO CIRUJANO y de fecha 12 de diciembre de 2007.

3. Adjunta resolución No 251111 del 06 de abril de 2009 "por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional" de igual manera adjunta RESOLUCIÓN No. 25-1232 de 2021 (09 DE SEPTIEMBRE DE 2021) "Por la cual se otorga licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a DIANA PATRICIA BUENO AREVALO" La licencia para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, que se otorga mediante la presente Resolución se concede por el término diez (10) años y podrá ser renovada por término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

4. Adjunta certificado de la Fundación UNIPYMES donde consta que Aprobó la capacitación de Curso 50 Horas - SG-SST y con una intensidad Horaria: 50 horas

5. Adjunta certificado del diplomado - perdida de la capacidad laboral con una intensidad horaria de 120 horas, del politécnico intercontinental de fecha 12 de octubre de 2021.

6. Presenta certificado de asistencia al curso – taller: protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual, con una intensidad de cuarenta (40) horas.

LOSANO  
CENTRO  
INTEGRAL DE  
LA SALUD SAS



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 22 de 42

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en gerencia de la seguridad y salud en el trabajo de la Corporación Universitaria Iberoamericana del 13 de agosto de 2021.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación de SANILAB IPS SAS como médico especialista en gerencia de la seguridad y salud en el trabajo, desde el 01 de septiembre del 2021, hasta 05 febrero del 2022.</p> <p>2. Anexa certificación de la empresa MAXITEMPO SAS como médico SST desde el 17 de mayo de 2022, hasta el 15 de diciembre de 2023.</p> <p><b>Experiencia certificada:</b> 24 meses</p> |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | <p><b>OPTOMETRA</b></p> <table><tr><td>Optometra</td><td>1</td><td>Estos exámenes deberán ser realizados por Optometra titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br/>-Copia de la capacitación 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en optometra laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo.</td></tr></table> | Optometra                                                                                                                                                                                                                                | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Estos exámenes deberán ser realizados por Optometra titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en optometra laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo. | CUMPLE | <p>OPTOMETRA ESPECIALISTA<br/><b>ANDREA QUINTERO PERILLA</b></p> <p><b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b></p> <p>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía.</p> <p>2. Adjunta acta de grado No 32541 y diploma No 1419 de la Universidad de la Salle Bogotá, como OPTOMETRA y de fecha 22 de agosto de 2008.</p> <p>3. Adjunta tarjeta profesional del consejo técnico nacional profesional de optometria No TP-52.914.747 y registro 2043CTNOP.</p> <p>4. Adjunta resolución No. 3020 de 01/07/2022 "Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como OPTÓMETRA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL.</p> <p>5. Adjunta certificación del SENA donde curso y aprobó la acción de formación en SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL</p> |
| Optometra                                       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Estos exámenes deberán ser realizados por Optometra titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia en optometra laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo.                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

|         |                 |
|---------|-----------------|
| CÓDIGO  | GEC-FT-35-V3    |
| PAGINAS | Página 23 de 42 |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |



**FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA**  
**MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA**

**GEC-FT-35-V3**

**Página 24 de 42**

|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                        | <table><tr><td></td><td></td><td>Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br/>-Copia de la capacitación de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo.</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                                                                                                                                                    | -Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                        | laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo.     | <p>5. Adjunta certificación del SENA donde curso y aprobó la acción de formación en SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST con una duración de 50 horas de fecha 10 de agosto de 2018 y Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) Intensidad de 20 Horas expedido por Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S. con fecha 04 de agosto de 2024.</p> <p><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en gerencia de la salud ocupacional de la Universidad del Rosario del 02 de julio de 2010.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación de ISENTI S.A. como como Fonoaudióloga Especialista en Gerencia Salud Ocupacional en el periodo laboral febrero 11 del 2013 a noviembre 30 del 2018.</p> <p><b>Experiencia certificada:</b> 5 años, 9 meses y 19 días</p>                               |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Salud en el Trabajo, con la capacitación vigente de 50 o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                                                                                                                                                    | -Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.                                                                                                        | laboral desarrollando su especialización en seguridad y salud en el trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>PSICÓLOGO</b></p>                                                                | <table><tr><td>Psicólogo</td><td>1</td><td>Realizar el apoyo psicológico y valoración para la remisión a entidades de salud, realizados por Psicólogo titulado con especialización debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación virtual vigente de 50 y/o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br/>-Copia de la capacitación virtual de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional.</td></tr></table> | Psicólogo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Realizar el apoyo psicológico y valoración para la remisión a entidades de salud, realizados por Psicólogo titulado con especialización debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación virtual vigente de 50 y/o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación virtual de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional. | <p><b>CUMPLE</b></p> <p><b>PSICOLOGO ESPECIALISTA</b><br/><b>LUIS OCHOA AMAYA</b></p> <p><b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b></p> <p>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 79.650.950.</p> <p>2. Adjunta diploma No 90 de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz - Bogotá, como PSICOLOGO, de fecha 24 de junio de 2005.</p> <p>3. NO Adjunta tarjeta profesional del Colegio Colombiano de Psicología, sin embargo, la Entidad verifica la información presentada por el oferente y de acuerdo a la LEY 1090 DE 2006, se valida que no es necesario para este profesional certificar la tarjeta profesional para poder ejercer su profesión.</p> <p>4. Adjunta resolución No. 10229 DE 26/08/2015 "Por la cual se concede licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como PSICOLOGO CON ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL.</p> |
| Psicólogo                                                                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar el apoyo psicológico y valoración para la remisión a entidades de salud, realizados por Psicólogo titulado con especialización debidamente acreditada en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo, con la capacitación virtual vigente de 50 y/o su actualización de 20 horas en SST. | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.<br>-Copia de la capacitación virtual de 50 horas o su actualización de 20 horas en SST. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>LOS ANO</b><br/><b>CENTRO</b><br/><b>INTEGRAL DE</b><br/><b>LA SALUD SAS</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Carrera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                                                                                         |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br><b>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</b> |                 |
|                                                                                                                      | <b>CÓDIGO</b>                                                                                                                           | GEC-FT-35-V3    |
|                                                                                                                      | <b>PÁGINAS</b>                                                                                                                          | Página 25 de 42 |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |  |  |  |  |                         |   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|-------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          | <p>5. Adjunta certificación del SENA donde curso y aprobó la acción de formación en SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG -SST con una duración de 50 horas de fecha 24 de noviembre de 2016 y Certificado de actualización de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) Intensidad de 20 Horas expedido por Colmena Seguros con fecha 22 de febrero de 2024.</p> <p><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en gerencia de la salud ocupacional de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca del 16 de enero de 2015.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación de CONSULRIESGOS SAS como Psicólogo en el periodo laboral del año 2017 a enero de 2021.</p> <p><b>Experiencia certificada:</b> 3 años, 1 mes.</p> |                           |  |  |  |  |                         |   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |  |  |  |  |
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          | <p>FISIOTERAPEUTA O ERGONOMO</p> <p>DORIS SOLIMA GUATAME</p> <p><b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b></p> <p>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 35.476.694</p> <p>2. Adjunta acta de grado No 85/2001 y diploma No 3839 de la Corporación Universitaria Iberoamericana - Bogotá, como FISIOTERAPEUTA, de fecha 04 de mayo de 2001.</p> <p>3. Adjunta tarjeta profesional del Colegio Colombiano de Fisioterapeutas No 35476694.</p> <p>4. Adjunta resolución No. 11064 DE 02/10/2014 2020 "Por la cual se concede licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD INDUSTRIAL, HIGIENE Y GESTION AMBIENTAL, con una vigencia de 10 años.</p>                                                                     |                           |  |  |  |  |                         |   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |  |  |  |  |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | <table><tr><td colspan="5">FISIOTERAPEUTA O ERGONOMO</td></tr><tr><td>Fisioterapia o ergonomo</td><td>1</td><td>Realización de la valoración individual y estudios de puesto de trabajo realizados por Fisioterapia o Ergonomo titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo</td><td>-Copia de cedula de ciudadanía<br/>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>-Copia de la tarjeta profesional<br/>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FISIOTERAPEUTA O ERGONOMO |  |  |  |  | Fisioterapia o ergonomo | 1 | Realización de la valoración individual y estudios de puesto de trabajo realizados por Fisioterapia o Ergonomo titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional |  |  |  |  |  |
| FISIOTERAPEUTA O ERGONOMO                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |  |  |  |  |                         |   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |  |  |  |  |
| Fisioterapia o ergonomo                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Realización de la valoración individual y estudios de puesto de trabajo realizados por Fisioterapia o Ergonomo titulado con especialización debidamente acreditada en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional<br>-Copia de la licencia en Salud ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo vigente. | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |  |  |  |  |                         |   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |  |  |  |  |
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |  |  |  |  |                         |   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |  |  |  |  |

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                                                                                  |                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |                 |  |
|                                                                                                                      | CÓDIGO                                                                                                                           | GEC-FT-35-V3    |  |
|                                                                                                                      | PAGINAS                                                                                                                          | Página 26 de 42 |  |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS |                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |                                                         |                                                                                                                                 | CUMPLE                                                                          | 5. Adjunta certificación del SENA donde curso y aprobó la acción de formación en SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST con una duración de 50 horas de fecha 24 de abril de 2019 y Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) Intensidad de 20 Horas expedido por SSECAM consultores SAS, con fecha 29 de diciembre de 2023.<br><br><b>ESPECIALIZACIÓN:</b> Especialista en seguridad industrial, higiene y gestión ambiental de la Universidad la Fundación Universitaria Agraria de Colombia – Uniagraria del 15 de marzo de 2013.<br><br><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b><br>1. Anexa certificación de contrato No 132 de 2013 suscrito con el Ministerio de Educación en el periodo laboral febrero 28 del 2013 a octubre 15 del 2013.<br>2. Anexa certificación de contratos OPS suscritos con el Hospital San Antonio Chía en diferentes periodos laborales de la siguiente manera:<br><br>Contrato OPS 268 – 01/04/2016 al 31/08/2016 – 5 meses<br>Contrato OPS 625 – 29/09/2016 al 29/12/2016 – 3 meses<br>Contrato OPS 1064 – 01/02/2017 al 30/08/2017 – 7 meses<br>Contrato OPS 1423 – 01/09/2017 al 30/11/2017 - 3 meses<br>Contrato OPS 1822 – 12/02/2018 AL 31/08/2018 – 6 meses y 18 días<br>Contrato OPS 2233 – 14/09/2018 al 13/11/2018 – 2 meses<br><br><b>Experiencia certificada:</b> Treinta y tres 33 meses y 33 días |
|                                                 | <b>TERAPEUTA RESPIRATORIA Y/O ENFERMERA PROFESIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                    |   |                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                 | Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera Profesional                                                                                                                                                                                                                           | 1 | Realización de la valoración individual de Espirometría | -Copia de cedula de ciudadanía<br>-Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>-Copia de la tarjeta profesional | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                 | <b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b><br>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 35.474.337<br>2. Adjunta acta de grado No 1457 y diploma de la Fundación Universitaria del Área Andina - Bogotá, como TERAPEUTA RESPIRATORIO, de fecha 23 de noviembre de 1995. |   |                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 27 de 42

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |        |  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                 | <p>3. Adjunta tarjeta profesional expedida por la Secretaría Distrital de Salud como terapeuta respiratorio expedida el 16/07/2004.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación la CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA como Terapeuta Respiratorio en el periodo laboral enero 10 del 2012 a julio 02 de 2017.</p> <p><b>Experiencia certificada:</b> Cinco 05 años y cinco 05 meses y veintidós 22 días.</p> |                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |        |  |
|                                                 | <p>BACTERIOLOGA<br/>NEYLA ACHURY GUZMÁN</p> <p><b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b></p> <p>1. Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 20.567.801</p> <p>2. Adjunta diploma de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca - Bogotá, como BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO, de fecha 26 de junio de 1982.</p> <p>3. Adjunta tarjeta profesional expedida por la Secretaría de Salud como BACTERIOLOGO LABORATORIO CLINICO. De igual manera anexa pantallazo RETHUS que certifica se encuentra inscrita para prestar sus servicios de salud.</p> <p><b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b></p> <p>1. Anexa certificación de LOSANO CENTRO INTEGRAL DE SALUD como Bacterióloga en el periodo laboral mayo de 2013 a mayo de 2019.</p> <p><b>Experiencia certificada:</b> Seis 06 años</p> |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |        |  |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | <p><b>BACTERIOLOGA</b></p> <table><tr><td>Bacterióloga</td><td>1</td><td>Realizar la toma de muestras y el procesamiento de exámenes de laboratorio y su interpretación.</td><td>•Copia de cedula de ciudadanía<br/>•Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br/>•Copia de la tarjeta profesional</td><td>Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Bacterióloga                                                                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Realizar la toma de muestras y el procesamiento de exámenes de laboratorio y su interpretación. | •Copia de cedula de ciudadanía<br>•Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>•Copia de la tarjeta profesional | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional | CUMPLE |  |
| Bacterióloga                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Realizar la toma de muestras y el procesamiento de exámenes de laboratorio y su interpretación. | •Copia de cedula de ciudadanía<br>•Copia del acta de grado y diploma del título profesional<br>•Copia de la tarjeta profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificado(s) donde acredite mínimo doce (12) meses de experiencia profesional                 |                                                                                                                                 |                                                                                 |        |  |



## PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

**FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA**  
**MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>CÓDIGO</b> | <b>GEC-FT-35-V3</b> |
|---------------|---------------------|

Página 28 de 42

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COORDINADOR OPERATIVO (PROFESIONAL DE LA SALUD O PROFESIONAL EN ÁREAS ADMINISTRATIVAS EN SERVICIOS DE SALUD, CON ESPECIALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>COORDINADOR OPERATIVO (Profesional de la salud o profesional en áreas administrativas en servicios de salud, con especialización en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>1</b> | <p>Para toda la ejecución del contrato, hará las veces de coordinador operativo, quien será el encargado de canalizar la información y gestionar y/o delegar las actividades y demás trámites inherentes al contrato, estará en permanente contacto con el Supervisor del mismo y suministrará la información que éste requiera; así mismo, se encargará de presentar un informe de los exámenes practicados mensualmente, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, indicando el valor ejecutado del contrato y el saldo pendiente por efectuar. Nota: se hace claridad que la persona a desempeñar este cargo debe ser diferente a los profesionales referenciados para los servicios asistenciales.</p> |
| <p align="center"><b>CUMPLE</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p align="center"> <b>COORDINADOR OPERATIVO</b><br/> <b>ANA MARIA GONZALEZ FORERO</b><br/> <b>DOCUMENTOS EXIGIDOS CON LA OFERTA</b> </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adjunta copia de la cedula de ciudadanía No 20.995.817</li> <li>Adjunta acta de grado No 44302 y diploma de la Universidad de la Salle - Bogotá, como OPTOMETRA, de fecha 27 de febrero de 2015.</li> <li>Adjunta resolución No. 25 – 0608 de 2018 (10 DE AGOSTO DE 2018) "Por la cual se otorga licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo" como OPTOMETRA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, con una vigencia de 10 años.</li> </ol> <p> <b>ESPECIALIZACION:</b> Especialista en Gerencia de seguridad y salud en el trabajo de la Universidad ECCI del 08 de junio de 2018.         </p> <p> <b>EXPERIENCIA REQUERIDA</b> </p> <p>             1. Anexa certificación ODONTOLÓGICA como Auxiliar Administrativa en el periodo laboral abril de 2019 a febrero de 2021.         </p> <p> <b>Experiencia certificada:</b> Un (01) año y diez (10) meses         </p> |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**NOTA:** Serán objeto de ponderación los proponentes que cumplan con todos y cada uno de los requisitos habilitantes.

Carrera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)  
E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)

|                                                                                                                   |                                                                                                                                  |         |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA | PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                                  |         |                 |
|                                                                                                                   | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |         | CÓDIGO          |
|                                                                                                                   |                                                                                                                                  |         | GEC-FT-35-V3    |
|                                                                                                                   |                                                                                                                                  | PAGINAS | Página 29 de 42 |

| RESUMEN EVALUACIÓN TÉCNICA Y DE EXPERIENCIA SAMC – 008 – 2025 |                                         |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                            | PROPONENTE                              | FACTORES DE EXPERIENCIA | FACTORES TECNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1                                                             | INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S            | CUMPLE                  | CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2                                                             | LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS | CUMPLE                  | RECHAZADO <b>NOTA:</b> El proponente incurre en una de las causales de rechazo de las propuestas numeral 2.10, establecidas en el pliego de condiciones definitivo.<br>2.10.1 DE CARÁCTER JURIDICO<br>d) Cuando no sean subsanadas por el oferente las deficiencias encontradas en su oferta, a solicitud de EL MUNICIPIO,<br>dentro del plazo que este establezca para tal efecto, o no lo rectifica correctamente. |

|                                                                                                                      |                                                                  |  |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|-----------------|
| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                      |                                                                  |  |                 |
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA            |  | CÓDIGO          |
|                                                                                                                      | MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |  | GEC-FT-35-V3    |
|                                                                                                                      |                                                                  |  | Página 30 de 42 |

**PROPONENTE 1 INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S**  
**NIT: 901.214.786 – 8**  
**REQUISITOS PONDERABLES**

| PROPONENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | REQUISITOS PONDERABLES PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PUNTAJE         | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. FACTOR ECONOMICO (14,75 PUNTOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>PROPUESTA ECONÓMICA (14.75 PUNTOS):</b><br><br>A aquella propuesta que, cumpliendo con todos los requisitos mínimos exigidos, presente el menor valor en los valores unitarios sumados, se le asignarán 14,75 puntos. A los demás se les asignará un puntaje mediante una regla de tres inversa así:<br><br>$P = \text{Puntaje}$<br>$V_{pmb} = \text{Valor de la propuesta más baja}$<br>$V_{pe} = \text{Valor de la propuesta a evaluar}$<br>$P = 5 \times (V_{pmb} / V_{pe})$ | 14,75<br>puntos | Remitirse a la evaluación financiera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2. FACTOR TECNICO (75 PUNTOS): Se le asignarán hasta 75 puntos al oferente que ofrezca los siguientes valores adicionales a la propuesta presentada con el fin de preservar la salud y bienestar de los servidores públicos de la Alcaldía Municipal de Chía – nivel central - para el manejo de estilos de vida saludable, sin que genere costo adicional para la Entidad, así: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | El oferente que se comprometa a dictar mínimo 5 talleres para promover los estilos de vida saludable, cada uno de 45 minutos de duración, dictados en las instalaciones de la Alcaldía de Chía.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 04<br>puntos    | El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde se compromete a dictar cinco (05) talleres para promover los estilos de vida saludable (Hábitos de vida saludable y actividad física, promoción de la salud auditiva, salud visual, promoción de la salud mental y enfermedades cardiovasculares) cada uno con una duración de 45 minutos, dictados en las instalaciones de la Alcaldía de Chía. |



**FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA**  
**MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA**

GEC-F1-35-V3

Página 31 de 42

A

Carrera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 32 de 42

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S | Y registro fotográfico del mismo, así como certificación firmada por el representante legal de la empresa y el Psicólogo que utiliza el equipo, indicando su descripción y las pruebas psicométricas y psicosenométricas que realiza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | MDR-ZX110 LICENCIAMIENTO LIMITADO para realización de pruebas psicométricas y psicosenométricas sin necesidad de tercerizar el servicio. Adjuntan registro fotográfico y factura electrónica que certifica la compra del equipo a nombre de INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS.                                                                                                                                                                                                                      |
|                                    | Al proponente que garantice que cuenta con un software de historias clínicas a disposición de la Administración municipal los 7 días de la semana y 24 horas al día.<br><br>Para el factor técnico 5 Se acreditará o se certificará con la(s) factura(s) de compra y/o contrato de adquisición del software.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 04<br>puntos | El proponente anexa contrato de cesión de licencia de uso de derechos de software SIMEDI, en donde se puede corroborar que la empresa INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS cuenta con un software propio de historias clínicas.<br><br>Anexa facturas que demuestran el pago de derechos por el uso del software.                                                                                                                                                                                      |
|                                    | Al proponente que acredite Unidades Sanitarias que cuenten con acceso a personas con discapacidad de movilidad física dentro de su sede (exclusivos y no compartidos). Se asignará una valoración de acuerdo con los siguientes criterios:<br><br>- Una unidad sanitaria para discapacitados dentro de batería de sanitarios, separados por sexo. Se asigna el máximo puntaje: 12 puntos.<br><br>- Una unidad sanitaria al que puedan acceder personas discapacitadas y capacitadas (para ambos tipos de pacientes), separados por sexo. Se asigna un puntaje de 5 puntos.<br><br>El oferente acreditará mediante certificación firmada por representante legal donde describa las unidades sanitarias con las que cuenta la sede, su ubicación, cantidad, separación por sexo, baterías y demás condiciones y registro fotográfico de los mismos | 12<br>puntos | El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde a través de registro fotográfico se puede constatar que cuenta baterías de baños para personas con discapacidad motora a incluyendo (1) una unidad sanitaria para discapacitados dentro de batería de sanitarios, separados por sexo, es decir en total dos (2) servicios sanitarios exclusivos para personas con discapacidad ubicados en el piso 3, adyacente a la sala de espera de pacientes. |

Carrera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 33 de 42

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S | que permitan establecer sus condiciones, lo cual si es necesario se verificará en la visita de campo que realice el equipo supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                    | Al proponente que acredite beneficios en su infraestructura física para el acceso a personas con discapacidad motora que permitan accesibilidad a todos los ambientes de la sede del oferente, de acuerdo con los siguientes criterios:<br><br>- Cuenta con ascensor para acceso de personas con discapacidad de movilidad física exclusivo para la sede de prestación de servicios. Se asigna el máximo puntaje: 15 puntos.<br><br>- Cuenta con plataforma o cualquier sistema alternativo de elevación adaptado para acceso de personas con discapacidad de movilidad física para la sede de prestación de servicios. Se asigna un puntaje de 10 puntos.<br><br>- Cuenta con rampa de acceso para personas con discapacidad de movilidad física a todos los ambientes de la sede de prestación de servicios. Se asigna un puntaje de 5 puntos. | 15 puntos | El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal y registro fotográfico en donde a través de registro fotográfico se puede constatar que cuenta con beneficios en su infraestructura física para el acceso a personas con discapacidad motora (Ascensor) de igual manera presenta soporte de mantenimiento realizado el 27 de marzo de 2025. |
|                                    | El oferente acreditará mediante certificación firmada por representante legal donde describa las soluciones tecnológicas que tiene la sede de atención y registro fotográfico del ascensor, rampa o sistema alternativo de elevación, lo cual si es necesario se verificará en la visita de campo que realice el equipo supervisor.<br><br>Al proponente que acredite dentro de sus instalaciones, condiciones de seguridad en eventos catastróficos: red contra incendios, iluminación, señalización y alarma de emergencia. de acuerdo con los siguientes criterios:<br><br>- Red contra incendios húmeda con sistema de bombeo y tanque de agua de reserva de al menos de 7000 litros de agua, iluminación, señalización y alarma de emergencia. Se asigna el máximo puntaje: 12 puntos.                                                      | 12 puntos | El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde se evidencia a través de registro fotográfico que cuentan con condiciones de seguridad que permiten que sus instalaciones ofrezcan seguridad como lo son:                                                                                                                          |

Carretera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)



| INSSOMEDIC<br>OCUPACIONAL<br>S.A.S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ofertas de bienes y servicios colombianos se le concede al proponente extranjero el mismo tratamiento y los mismas condiciones, requisitos, procedimientos y criterios de adjudicación que los concedidos a los proponentes nacionales, siempre que exista acuerdo o convenio celebrado entre el país de cualquier proponente del exterior y Colombia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | En el evento en que se hubiese celebrado acuerdo, tratado o convenio, los proponentes de origen extranjero podrán participar en la presente convocatoria en las mismas condiciones y con los mismos requerimientos exigidos a los proponentes colombianos, siempre y cuando en sus respectivos países los proponentes nacionales gocen de igual oportunidad. El proponente extranjero que solicite la aplicación del tratamiento establecido anteriormente deberá con su oferta acreditar la existencia de la reciprocidad, acompañada para tal efecto de un informe de las respectivas misiones diplomáticas colombianas en el Exterior (párrafo del Artículo 151 del Decreto 019 de 2012). La asignación del puntaje se realizará de la siguiente manera: |              |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <table><tr><th>CRITERIO</th><th>PUNTAJE</th></tr><tr><td>Las ofertas de bienes y servicios nacionales</td><td>10</td></tr><tr><td>Las ofertas de bienes y servicios extranjeros con acuerdo que incorporen bienes y/o servicios profesionales, técnicos y operativos nacionales colombianos</td><td>10</td></tr><tr><td>Las ofertas de bienes y servicios extranjeros que no incorporen bienes y/o servicios profesionales, técnicos y operativos nacionales colombianos.</td><td>5</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                       |              | CRITERIO                                                                                                                            | PUNTAJE | Las ofertas de bienes y servicios nacionales | 10 | Las ofertas de bienes y servicios extranjeros con acuerdo que incorporen bienes y/o servicios profesionales, técnicos y operativos nacionales colombianos | 10 | Las ofertas de bienes y servicios extranjeros que no incorporen bienes y/o servicios profesionales, técnicos y operativos nacionales colombianos. | 5 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PUNTAJE      |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Las ofertas de bienes y servicios nacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10           |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
| Las ofertas de bienes y servicios extranjeros con acuerdo que incorporen bienes y/o servicios profesionales, técnicos y operativos nacionales colombianos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
| Las ofertas de bienes y servicios extranjeros que no incorporen bienes y/o servicios profesionales, técnicos y operativos nacionales colombianos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
| 4. CRITERIOS DIFERENCIALES PARA EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS. (ART. 2.2.1.2.4.2.15 DECRETO 1082 DE 2015) (0.25 PUNTOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
| Con el fin de incentivar los criterios diferenciales para los emprendimientos y empresas de mujeres, establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.15 Decreto 1082 de 2015, se asignará el cero punto veinticinco cientos (0.25%) adicionales al proponente que acredite la condición de emprendimiento y empresas de mujeres, es decir a los proponentes que acrediten alguna de las 4 opciones del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del decreto, la documentación requerida para el criterio diferenciales no podrán ser subsumidos, a saber: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0 puntos     | El proponente NO entrega documentación que acredite que es un emprendimiento de empresa de mujeres en el sistema de compra pública. |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |
| VALOR TOTAL DEL PUNTAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 99.75 Puntos |                                                                                                                                     |         |                                              |    |                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |   |  |  |

|                                                                                                                      |                                                                  |         |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE<br>CHÍA | PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                  |         |                 |
|                                                                                                                      | FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA            |         | CÓDIGO          |
|                                                                                                                      | MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA |         | GEC-FT-35-V3    |
|                                                                                                                      |                                                                  | PAGINAS | Página 36 de 42 |

**PROPONENTE 2 LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS**  
**NIT: 900.611.672 – 6**  
**REQUISITOS PONDERABLES**

| PROPONENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | REQUISITOS PONDERABLES PLEGO DE CONDICIONES DEFINITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PUNTAJE            | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. FACTOR ECONOMICO (14,75 PUNTOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>PROPUESTA ECONÓMICA (14.75 PUNTOS):</b><br><br>A aquella propuesta que, cumpliendo con todos los requisitos mínimos exigidos, presente el menor valor en los valores unitarios sumados, se le asignarán 14,75 puntos. A las demás se les asignará un puntaje mediante una regla de tres inversa así:<br><br>P = Puntaje<br>Vpmb = Valor de la propuesta más baja<br>Vpe = Valor de la propuesta a evaluar<br>P = 5 x (Vpmb / Vpe)                                                                                                       | 0.00<br><br>Puntos | Remitirse a la evaluación financiera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2. FACTOR TECNICO (75 PUNTOS): Se le asignarán hasta 75 puntos al oferente que ofrezca los siguientes valores adicionales a la propuesta presentada con el fin de preservar la salud y bienestar de los servidores públicos de la Alcaldía Municipal de Chía – nivel central - para el manejo de estilos de vida saludable, sin que genere costo adicional para la Entidad, así: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | El oferente que se comprometa a dictar mínimo 5 talleres para promover los estilos de vida saludable, cada uno de 45 minutos de duración, dictados en las instalaciones de la Alcaldía de Chía.<br><br>Lo anterior, se acreditará con una carta de compromiso adjunta a lo propuesto por el oferente, firmada por el representante legal de la empresa, indicando específicamente lo que se compromete a realizar incluyendo el tema de cada taller, el cronograma establecido entre las partes, el suministro de los elementos necesarios | 00<br><br>puntos   | El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde se compromete a dictar cinco (05) talleres para promover los estilos de vida saludable (Estrés visual y uso de dispositivos digitales, Luz artificial y desordenes en la función visual, Ojo seco su relación con el trabajo en visión próxima, Hábitos de higiene visual en tiempos de post pandemia, fatiga visual laboral y extra laboral, cuidado auditivo) cada uno con una duración de 45 minutos, dictados en las instalaciones de la Alcaldía de Chía. |

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>LOSANO</div> <div>CENTRO</div> <div>INTEGRAL DE</div> <div>LA SALUD SAS</div> </div> | para cada uno, teniendo en cuenta que estas actividades promuevan y mejoren la salud en el ambiente laboral de los colaboradores de la Alcaldía. Estos talleres no generarán costo adicional para la Entidad.                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                 | Al proponente que ofrezca mínimo dos auxiliares de enfermería, para mejor adherencia, humanización y atención al usuario en la prestación de los servicios de salud que se les ofertan a los pacientes.                                                                                                                                                                                                                      | 00 puntos | El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde ofrece dos auxiliares de enfermería debidamente vinculados a la empresa LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS para lo cual entregan documentos (Certificación laboral, certificados de estudio y planillos de los últimos tres meses) de las siguientes personas:<br><br>1. Heidy Dayann Hernández Ocampo - C.C. 53.082.262 – Enfermera<br>2. Jennifer Urego Jiménez – C.C. 1.030.532.872 – Enfermera |
|                                                                                                 | El factor técnico 2.1, se acreditará con la certificación laboral indicando nombre, documento de identificación, profesión, cargo y antigüedad en la entidad, la cual no puede ser inferior a tres (3) meses; adjunta a dicha certificación se anexará la planilla de pago de aportes en seguridad social de los últimos tres (3) meses de vinculación y deberá presentar documentación que acredite su formación académica. | 00 puntos | El proponente <u>NO anexa documentos que certifiquen la realización de una Bateria de riesgo Psicosocial.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



ALCALDÍA MUNICIPAL DE  
CHÍA

PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA  
MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

CÓDIGO

GEC-FT-35-V3

PAGINAS

Página 38 de 42

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS | Para el factor técnico 4 oferente acreditará mediante la factura de compra del equipo referido la cual debe estar a nombre del oferente y registro fotográfico del mismo, así como certificación firmada por el representante legal de la empresa y el Psicólogo que utiliza el equipo, indicando su descripción y las pruebas psicométricas y psicosenométricas que realiza.                                                                                                                                                                                              |           | panela, CPU, Base de controles para realización de pruebas psicométricas y psicosenométricas sin necesidad de tercerizar el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                 | Al proponente que garantice que cuenta con un software de historias clínicas a disposición de la Administración municipal los 7 días de la semana y 24 horas al día.<br><br>Para el factor técnico 5 Se acreditará o se certificará con la(s) factura(s) de compra y/o contrato de adquisición del software.                                                                                                                                                                                                                                                               | 00 puntos | Adjuntan acta de transacción a nombre de JOHANA MILEIDY LOZANO RODRIGUEZ quien a su vez es la representante legal de la empresa LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                 | Al proponente que acredite Unidades Sanitarias que cuenten con acceso a personas con discapacidad de movilidad física dentro de su sede (exclusivos y no compartidos). Se asignará una valoración de acuerdo con los siguientes criterios:<br><br>- Una unidad sanitaria para discapacitados dentro de batería de sanitarios, separados por sexo. Se asigna el máximo puntaje: 12 puntos.<br><br>- Una unidad sanitaria al que puedan acceder personas discapacitadas y capacitadas (para ambos tipos de pacientes), separados por sexo. Se asigna un puntaje de 5 puntos. | 00 puntos | El proponente presenta contrato de certificado de uso entre la empresa LYCAON SAS, identificado con NIT 901.096.096 -7 como empresa propietaria del software de historia clínica digital en la nube MedSystem, certifica que Lo-Sano Centro Integral de la Salud S.A.S identificado con NIT 900.611.672 -6 y ubicado en el municipio de Chía Cundinamarca, Colombia en la dirección Calle 10 # 14B - 23 Local 4 es usuario de esta plataforma desde 01 de Julio del 2019 hasta la fecha.<br><br>Anexa contrato de licencia de uso de software que demuestra los derechos por el uso del software. |

Carrera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                          |                                                                                                                                         |                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| <br><b>ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA</b> | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b><br><b>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</b> |                 |  |
|                                                                                                                          | <b>CÓDIGO</b>                                                                                                                           | GEC-FT-35-V3    |  |
|                                                                                                                          | <b>PAGINAS</b>                                                                                                                          | Página 39 de 42 |  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LOSANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS</b> | <p>El oferente acreditará mediante certificación firmada por representante legal donde describa las unidades sanitarias con las que cuenta la sede, su ubicación, cantidad, separación por sexo, baterías y demás condiciones y registro fotográfico de las mismas que permitan establecer sus condiciones, lo cual si es necesario se verificará en la vista de campo que realice el equipo supervisor.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                               | <p>Al proponente que acredite beneficios en su infraestructura física para el acceso a personas con discapacidad motora que permitan accesibilidad a todos los ambientes de la sede del oferente, de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con ascensor para acceso de personas con discapacidad de movilidad física exclusivo para la sede de prestación de servicios. Se asigna el máximo puntaje: 15 puntos.</li> <li>- Cuenta con plataforma o cualquier sistema alternativo de elevación adaptado para acceso de personas con discapacidad de movilidad física para la sede de prestación de servicios. Se asigna un puntaje de 10 puntos.</li> <li>- Cuenta con rampa de acceso para personas con discapacidad de movilidad física a todos los ambientes de la sede de prestación de servicios. Se asigna un puntaje de 5 puntos.</li> </ul> <p>El oferente acreditará mediante certificación firmada por representante legal donde describa las soluciones tecnológicas que tiene la sede de atención y registro fotográfico del ascensor, rampa o sistema alternativo de elevación, lo cual si es necesario se verificará en la vista de campo que realice el equipo supervisor.</p> | 00 puntos | <p>El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal y registro fotográfico en donde a través de registro fotográfico se puede constatar que cuenta con rampa de acceso para personas con discapacidad de movilidad física a todos los ambientes de la sede de prestación de servicios.</p> |
|                                               | <p>Al proponente que acredite dentro de sus instalaciones, condiciones de seguridad en eventos catastróficos: red contra incendios, iluminación, señalización y alarma de emergencia. de acuerdo con los siguientes criterios:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 00 puntos | <p>El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde se evidencia a través de registro fotográfico que cuentan con condiciones de seguridad que permiten que sus instalaciones ofrezcan seguridad como lo son:</p>                                                                 |

| PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                                                                                       |                                                                         |                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|
|  <b>ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA</b> | <b>FORMATO EVALUACIÓN TÉCNICA DE EXPERIENCIA Y ECONÓMICA</b>            |                        |  |
|                                                                                                                       | <b>MODALIDAD: LICITACIÓN PÚBLICA, SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA</b> |                        |  |
|                                                                                                                       | <b>CÓDIGO</b>                                                           | <b>GEC-FT-35-V3</b>    |  |
|                                                                                                                       | <b>PAGINAS</b>                                                          | <b>Página 40 de 42</b> |  |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSANO<br>CENTRO<br>INTEGRAL DE<br>LA SALUD SAS                                                                                       | <p>- Red contra incendios húmeda con sistema de bombeo y tanque de agua de reserva de al menos de 7000 litros de agua, iluminación, señalización y alarma de emergencia. Se asigna el máximo puntaje: 12 puntos.</p> <p>- Red contra incendios seca para conexión de bomberos, iluminación, señalización y alarma de emergencia. Se asigna un puntaje de 5 puntos.</p> <p>El oferente acreditará mediante certificación firmada por representante legal y registro fotográfico donde evidencie el funcionamiento del sistema de red contra incendios, iluminación, señalización y alarma de emergencia que tenga la sede de atención de los pacientes, detallando si es red húmeda o seca junto con sus especificaciones técnicas de operación, lo cual si es necesario se verificará en la visita de campo que realice el equipo supervisor.</p> |              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Red contra incendios seca</li><li>• Iluminación, señalización y alarma de emergencia</li><li>• CCTV (Circuito cerrado de televisión)</li></ul>                                        |
|                                                                                                                                       | <p>Al proponente que ofrezca un horario exclusivo, de un rango de dos horas como mínimo y por lo menos dos días hábiles (lunes a viernes) de la semana, que permita la programación rápida y oportuna de los funcionarios en caso de ser requerido por la Alcaldía, previa concertación entre los coordinadores de ambas partes.</p> <p>Lo anterior, se acreditará con una carta de compromiso adjunta a la propuesta, firmada por el representante legal del oferente, indicando que se concertarán entre las partes dos días hábiles de la semana y dos horas al día para la prestación exclusiva del servicio en caso de ser requerido por la Alcaldía.</p>                                                                                                                                                                                    | 00<br>Puntos | <p>El proponente anexa certificación debidamente suscrita por el representante legal en donde se compromete a brindar atención a los colaboradores de la Alcaldía Municipal de Chía en un horario exclusivo de la semana.</p> |
|                                                                                                                                       | 3. DOCUMENTOS DE RECIPROCIDAD Y APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (10 PUNTOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                                                                                                                                                                                                                               |
| DOCUMENTOS DE RECIPROCIDAD Y APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (10 PUNTOS):                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                               |
| Dentro del presente proceso se otorgará tratamiento de bienes y servicios nacionales a aquellos bienes y servicios originarios de los |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                               |



|                                                                                                                                                                                              |  |              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| los proponentes que acrediten alguna de las 4 opciones del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del decreto, la documentación requerida para el criterio diferenciales no podrán ser subsanados, a saber: |  |              |  |
| VALOR TOTAL DEL PUNTAJE                                                                                                                                                                      |  | 00.00 Puntos |  |

| FACTORES DE PONDERACION SAMC -008 -2025 |                                         |                                 |                               |                                           |                                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| No                                      | PROponente                              | Factor Económico (14.75 Puntos) | Factores Técnicos (75 Puntos) | Apoyo a la Industria Nacional (10 Puntos) | Emprendimientos y Empresas de Mujeres (0.25 Puntos) |
| 1                                       | INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S            | 14.75 puntos                    | 75 puntos                     | 10 puntos                                 | 0 puntos                                            |
| 2                                       | LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD SAS | 0,00 puntos                     | 0,00 puntos                   | 0,00 puntos                               | 0,00 puntos                                         |
|                                         |                                         |                                 |                               |                                           | PUNTAJE TOTAL                                       |
|                                         |                                         |                                 |                               |                                           | 99.75 puntos                                        |

Terminada la etapa de evaluación, el comité evaluador determina:

Que la oferta presentada por la empresa INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS, queda **HABILITADA TÉCNICAMENTE Y EN EXPERIENCIA.**

Que la oferta presentada por INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS, **CUMPLE** con los requisitos exigidos en la invitación pública SAMC - 008 - 2025, por lo que se recomienda declararlo como habilitado en los aspectos técnicos y de experiencia; y se sugiere al Ordenador del gasto, adjudicarlo el proceso, cuyo objeto es "REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICO OCUPACIONALES Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS PARA SERVIDORES PUBLICOS - NIVEL CENTRAL Y ADMINISTRATIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA, COMO TAMBIEN EVALUACIONES ESPECIFICAS PARA CONTRATISTAS NIVEL DE RIESGO IV Y V QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS; ADEMÁS DE SERVICIOS DE MEDICINA OCUPACIONAL PARA APOYAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO" por el siguiente valor:

**VALOR TOTAL:** Doscientos sesenta y tres millones ochocientos cinco mil doscientos cincuenta pesos m/cte. (\$263.805.250)

En virtud de lo anterior se firma a los 18 días del mes de junio de 2025.



**FAUSTO ALEJANDRO AMAYA CASTRO**  
SECRETARIO GENERAL

Proyecto: Jorge Armando Castiblanco Cuervo

Profesional Contralista / secretaria general



**MARIA ALEJANDRA NAVARRETE ARTUNDUAGA**  
DIRECTORA DE FUNCIÓN PÚBLICA



**NELIS YAZMIN CAJAMARCA SUAREZ**  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

|                                                                                                                                |                                               |                |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|---------------|
| <br><b>ALCALDÍA<br/>MUNICIPAL DE<br/>CHÍA</b> | <b>PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN</b>        |                |               |
|                                                                                                                                | <b>FORMATO CONSOLIDADO INFORME EVALUACIÓN</b> | <b>CÓDIGO</b>  | GEC-FT-37-V2  |
|                                                                                                                                |                                               | <b>PAGINAS</b> | Página 1 de 3 |

**CONSOLIDADO INFORME EVALUACIÓN  
SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA SAMC No. 008-2025**

REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICO OCUPACIONALES Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS PARA SERVIDORES PUBLICOS - NIVEL CENTRAL Y ADMINISTRATIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA, COMO TAMBIEN EVALUACIONES ESPECIFICAS PARA CONTRATISTAS NIVEL DE RIESGO IV Y V QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS; ADEMÁS DE SERVICIOS DE MEDICINA OCUPACIONAL PARA APOYAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**PROPUESTAS PRESENTADAS:**

A fecha del cierre doce (12) de junio de 2025 a las 8:00 am, se presentó la propuesta que a continuación se relaciona:

| No. | INTERESADO/PROPONENTE                     | INTEGRADO POR (Integrantes del oferente plural) /IDENTIFICACIÓN |
|-----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1   | LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | 900.611.672-6                                                   |
| 2   | INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | 901.214.786-8                                                   |

**EVALUACIÓN TOTAL:**

| PROPONENTE                                | FACTORES HABILITANTES |                   |             |            |
|-------------------------------------------|-----------------------|-------------------|-------------|------------|
|                                           | ASPECTOS JURIDICOS    | ASPECTOS TECNICOS | EXPERIENCIA | ECONÓMICO  |
| LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | HABILITADO            | NO HABILITADO     | HABILITADO  | RECHAZADO  |
| INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | HABILITADO            | HABILITADO        | HABILITADO  | HABILITADO |

| FACTORES PONDERABLES                      |                  |                |                                     |                               |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| FACTORES DE PONDERACIÓN                   | Oferta económica | Factor técnico | Emprendimiento y empresa de mujeres | Apoyo a la industria nacional |
| LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | 0 puntos         | 48 puntos      | 0.25 puntos                         | 10 puntos                     |
| INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | 14,75 puntos     | 75 puntos      | 0. puntos                           | 10 puntos                     |

**ORDEN DE ELEGIBILIDAD:**

| PROPONENTE                                | PUNTAJE TOTAL |
|-------------------------------------------|---------------|
| LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | 58,25 puntos  |
| INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | 99,75 puntos  |

|                                                                                                                                |                                               |                |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|---------------|
| <br><b>ALCALDÍA<br/>MUNICIPAL DE<br/>CHÍA</b> | <b>PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN</b>        |                |               |
|                                                                                                                                | <b>FORMATO CONSOLIDADO INFORME EVALUACIÓN</b> | <b>CÓDIGO</b>  | GEC-FT-37-V2  |
|                                                                                                                                |                                               | <b>PAGINAS</b> | Página 2 de 3 |

Que una vez surtido el término de traslado y subsanación con base en la verificación realizada respecto de la acreditación de los requisitos habilitantes presentados por los proponentes, el comité evaluador conceptuó:

#### EVALUACIÓN TOTAL:

| PROPONENTE                                | FACTORES HABILITANTES |                   |             |            |
|-------------------------------------------|-----------------------|-------------------|-------------|------------|
|                                           | ASPECTOS JURIDICOS    | ASPECTOS TECNICOS | EXPERIENCIA | ECONÓMICO  |
| LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | HABILITADO            | RECHAZADO         | HABILITADO  | RECHAZADO  |
| INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | HABILITADO            | HABILITADO        | HABILITADO  | HABILITADO |

| FACTORES PONDERABLES                      |                  |                |                                     |                               |
|-------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| FACTORES DE PONDERACIÓN                   | Oferta económica | Factor técnico | Emprendimiento y empresa de mujeres | Apoyo a la industria nacional |
| LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | -                | -              | -                                   | -                             |
| INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | 14,75 puntos     | 75 puntos      | 0. puntos                           | 10 puntos                     |

#### ORDEN DE ELEGIBILIDAD:

| PROPONENTE                                | PUNTAJE TOTAL |
|-------------------------------------------|---------------|
| LO-SANO CENTRO INTEGRAL DE LA SALUD S A S | -             |
| INSSOMEDIC OCUPACIONAL SAS                | 99,75 puntos  |

Esta acta está conformada por las verificaciones realizadas en los aspectos jurídicos, financieros y económicos, verificación ofertas técnicas y de experiencia, las cuales se anexan al expediente del proceso; y que se sugiere deben ser revisadas al detalle por los proponentes

#### RECOMENDACIÓN FINAL DEL COMITÉ EVALUADOR

Que una vez terminada la verificación de los requisitos habilitantes, el comité evaluador recomienda adjudicar el proceso SAMC-008-2025 cuyo objeto es **“REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICO OCUPACIONALES Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS PARA SERVIDORES PUBLICOS - NIVEL CENTRAL Y ADMINISTRATIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE CHÍA, COMO TAMBIEN EVALUACIONES ESPECIFICAS PARA CONTRATISTAS NIVEL DE RIESGO IV Y V QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS; ADEMÁS DE SERVICIOS DE MEDICINA OCUPACIONAL PARA APOYAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO”**, por un valor a precio unitario de **ONCE MILLONES DIECISÉIS MIL PESOS M/CTE (\$11.016.000) INCLUIDO** impuestos, tasas y contribuciones, y será adjudicado por el valor del presupuesto oficial es decir por la suma de hasta **DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$263.805.250) INCLUIDO** impuestos, tasas y contribuciones, al proponente **INSSOMEDIC OCUPACIONAL S.A.S.** identificado con número de Nit **901.214.786-8**, representada legalmente por **JORGE ENRIQUE GUARIN TORRES** identificado con cedula de ciudadanía No. 79.317.168 expedida en Bogotá D.C.

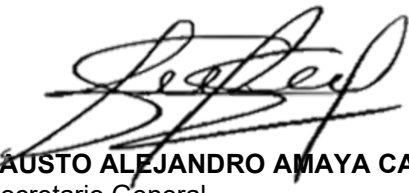
Carrera 11 No. 11-29 – PBX: (1) 884 4444 – Página web: [www.chia-cundinamarca.gov.co](http://www.chia-cundinamarca.gov.co)

E-mail: [contactenos@chia.gov.co](mailto:contactenos@chia.gov.co)

|                                                                                                                                |                                               |                |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|---------------|
| <br><b>ALCALDÍA<br/>MUNICIPAL DE<br/>CHÍA</b> | <b>PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN</b>        |                |               |
|                                                                                                                                | <b>FORMATO CONSOLIDADO INFORME EVALUACIÓN</b> | <b>CÓDIGO</b>  | GEC-FT-37-V2  |
|                                                                                                                                |                                               | <b>PAGINAS</b> | Página 3 de 3 |

La presente acta se expide a los dieciocho (18) días del mes de junio de 2025, se publica en el SECOP [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co).

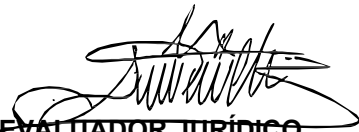
#### **EVALUADORES TÉCNICO Y DE EXPERIENCIA**



**FAUSTO ALEJANDRO AMAYA CASTRO**  
Secretario General



**NELSY YAZMIN CAJAMARCA SUAREZ**  
Secretaría de Educación



**EVALUADOR JURÍDICO**  
**SERGIO IVÁN CHACÓN NIAMPIRA**  
Abogado Contratista Oficina de Contratación



**EVALUADOR ECONÓMICO**  
**FABIÁN ANDRÉS MANRIQUE ARIAS**  
Contratista - Oficina de Contratación