| | PROCESO:<br>GESTIÓN PRECONTRACTUAL | Código | APO_10_1_4_FR09 |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | FORMATO<br>HABILITACIÓN TÉCNICA DE INVITACIONES PUBLICAS, CERRADAS Y DE MÉRITOS | Versión | 2 |
| | | Clasificación | Pública |
| | | Fecha: | 2021-11-08 |
| Aprobó:<br>Liliana Rocío Bohórquez Hernández<br>Gerente de Abastecimiento | Revisó:<br>Martha Cecilia Flórez Sánchez<br>Líder SIG | Revisó:<br>Nicolás Martínez Benavides<br>Profesional Universitario | |

**HABILITACIÓN TÉCNICA**

| OBJETO DEL PROCESO | "PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LOS CONTRATOS DE LA RED DE PRESTADORES Y LA AUDITORÍA EN PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS QUE SE CONTEMPLAN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO DURANTE LAS FASES PRE, DURANTE Y POST ATENCIÓN DE LOS SINIESTROS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA COMPAÑÍA." |
|---|---|

| PROPONENTE # | GRUPO | |
|---|---|---|
| 1 | 1 | HOC AUDITORES Y CONSULTORES SAS<br>NIT 900.429.422-2 |

**4.3.1 EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA DEL PROPONENTE**

| FUENTE DE VALIDACIÓN | Resultado |
|---|---|
| ANEXO N° 7 RELACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITAR EXPERIENCIA GENERAL | CUMPLE |

| Entidad Certificadora | a) Nombre o razón social del contratante | b) Nombre o razón social del contratista | c) Número del contrato | d) Objeto del contrato | e) Fecha de iniciación del contrato | f) Fecha de terminación del contrato | g) Valor del contrato incluidas todas las adiciones | h) Valor final ejecutado | i) Datos de contacto de quien certifica. | j) En caso en que la certificación sea de un contrato de Consorcio o Unión Temporal | k) Si el contrato en ejecución fue cedido. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSITIVA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |
| COMPENSAR | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |
| POSITIVA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |

| CRITERIO | VALOR DE LA EXPERIENCIA | Resultado |
|---|---|---|
| VALOR DE LA EXPERIENCIA | CUMPLE | CUMPLE |

**OTROS CRITERIOS TÉCNICOS DEL PROPONENTE**

| CRITERIO | Fuente de validación | Resultado |
|---|---|---|
| 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE | ANEXO NO. 8 FORMATO EQUIPO DE TRABAJO MÍNIMO REQUERIDO Y REQUISITOS MINIMOS DE EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| | EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE, CON: ROL, EDUCACIÓN, EXPERIENCIA, DEDICACIÓN, CANTIDAD, GRUPO. | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES |
| 4.3.3 CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | ANEXO 10 FORMATO CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| 4.4 OFERTA ECONÓMICA HABILITANTE | ANEXO N° 9 : FORMATO PRESENTACIÓN PROPUESTA ECONOMICA. | CUMPLE |

| CRITERIO PRUEBAS DE CONCEPTO | | |
|---|---|---|
| Requiere de pruebas de concepto | SI ____ | NO _X_ |
| Fecha de realización | 22/01/2024 | |
| Resultado | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES | |
| Observación | 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE<br>***Hoja de vida de Gerente de Proyecto*** : No se identifica los 5 años de experiencia de ARL.<br><br>***Hoja de vida de Líder de Medicamentos:*** No presenta tarjeta profesional ni certificado de habilitación, certificación laboral del cargo asesor CAJANAL tiene fecha de 31/06/1999 y junio solo tiene 30 días - Subsanar certificación de CAJANAL<br><br>***Hoja de vida de Líder Concurrencia:*** *Aclarar certificacion laboral HOC medico auditor en que proyecto, no se especifica los años para cada una de las empresas privada o publicas como gerente, no se identifica los 3 años de experiencia de ARL.*<br><br>***Hoja de vida de Profesional Jurídico:*** *Subsanar fechas de terminación de estudio en la hoja de vida*<br><br>***Hoja de vida de Profesional financiero o contable*** : El tiempo de experiencia certificado relacionado con auditoria en salud o interventoria o revisoria fiscal de contratos del sector salud no cubre la experiencia minima requerida para el cargo. | |

* Incluya y modifique las filas y columnas de acuerdo con los requerimientos de cada proceso

FIRMA DEL HABILITADOR
**GUILLERMO LILIAN VARON HERRERA**
Gerencia Indemnizaciones

FIRMA DEL HABILITADOR
**MELISA MARIA MARQUEZ**
Gerencia Indemnizaciones

ANGELICA CARDENAS RYS

FIRMA DEL HABILITADOR
**ANGELICA DEL PILAR CÁRDENAS**
Gerencia Médica

| | PROCESO:<br>GESTIÓN PRECONTRACTUAL | Código | APO_10_1_4_FR09 |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | | Versión | 2 |
| | FORMATO<br>HABILITACIÓN TÉCNICA DE INVITACIONES PUBLICAS, CERRADAS Y DE MÉRITOS | Clasificación | Pública |
| | | Fecha: | 2021-11-08 |
| Aprobó:<br>Liliana Roció Bohórquez Hernández<br>Gerente de Abastecimiento | Revisó:<br>Martha Cecilia Flórez Sánchez<br>Líder SIG | Revisó:<br>Nicolás Martinez Benavides<br>Profesional Universitario | |

**HABILITACIÓN TÉCNICA**

| OBJETO DEL PROCESO | "PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LOS CONTRATOS DE LA RED DE PRESTADORES Y LA AUDITORÍA EN PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS QUE SE CONTEMPLAN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO DURANTE LAS FASES PRE, DURANTE Y POST ATENCIÓN DE LOS SINIESTROS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA COMPAÑÍA." |
|---|---|

| PROPONENTE # | GRUPO | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | AGS COLOMBIA SAS<br>NIT 830006777-2 |

**4.3.1 EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA DEL PROPONENTE**

FUENTE DE VALIDACIÓN — Resultado: **CUMPLE**

ANEXO N° 7 RELACIÓNDE CONTRATOS PARA ACREDITAR EXPERIENCIA GENERAL

| Entidad Certificadora | a) Nombre o razón social del contratante | b) Nombre o razón social del contratista | c) Número del contrato | d) Objeto del contrato | e) Fecha de iniciación del contrato | f) Fecha de terminación del contrato | g) Valor del contrato incluidas todas las adiciones | h) Valor final ejecutado | k) Datos de contacto de quien certifica. | i) En caso en que la certificación sea de un contrato de Consorcio o Unión Temporal | j) Si el contrato en ejecución fue cedido. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADRES - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |
| EPS SANITAS SAE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |
| LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |

| FUENTE DE VALIDACIÓN | Resultado |
|---|---|
| Las certificaciones presentadas deberá guardar relación con alguna de las siguientes actividades: INTERVENTORIA EN CONTRATOS DE SALUD, AUDITORIA DE CONTRATOS DE SALUD, REVISORÍA FISCAL DE CONTRATOS DE SALUD. | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES |

| CRITERIO | VALOR DE LA EXPERIENCIA | Resultado |
|---|---|---|
| VALOR DE LA EXPERIENCIA | CUMPLE | CUMPLE |

**OTROS CRITERIOS TÉCNICOS DEL PROPONENTE**

| CRITERIO | Fuente de validación | Resultado |
|---|---|---|
| 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE | ANEXO NO. 8 FORMATO EQUIPO DE TRABAJO MÍNIMO REQUERIDO Y REQUISITOS MINIMOS DE EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| | EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE, CON: ROL, EDUCACIÓN, EXPERIENCIA, DEDICACIÓN, CANTIDAD, GRUPO. | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES |
| 4.3.3 CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | ANEXO 10 FORMATO CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| 4.4 OFERTA ECONÓMICA HABILITANTE | ANEXO N° 9 : FORMATO PRESENTACIÓN PROPUESTA ECONOMICA. | CUMPLE |

**CRITERIO PRUEBAS DE CONCEPTO**

| | | |
|---|---|---|
| Requiere de pruebas de concepto | SI ____ | NO X |
| Fecha de realización | 22/01/2024 | |
| Resultado | NO CUMPLE: CON OBSERVACIONES | |
| Observación | **4.3.1 EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA DEL PROPONENTE**<br><br>***CERTIFICACION CONTRATO ORDEN No 2***<br><br>Nombre o razón social del contratante: EPS SANITAS SAS<br>Nombre o razón social del contratista: AGS COLOMBIA SAS<br>Subsanar la certificación no tiene número de contrato.<br><br>**2: 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE.**<br><br>***Hoja de vida de Gerente de Proyecto*** : No se identifica los 5 años de experiencia de ARL.<br><br>***Hoja de vida de Líder de Interventoría:*** No se identifica los 4 años de experiencia de ARL.- Tarjeta profesional no legible.<br><br>***Hoja de vida de Líder de Auditorías de Prestaciones Asistenciales:*** No se especifica el cargo como gerencia o dirección o coordinación o líder de cuentas médicas.<br><br>***Hoja de vida de Líder Auditorías de Prestaciones Económicas:*** Aclarar el año del título profesional en la hoja de vida - No anexa tarjeta profesional - No se especifica el cargo como dirección o coordinación o líder de auditoría de incapacidades o prestaciones económicas.<br><br>***Hoja de vida de Líder Auditorías de Líder Concurrencia:*** No anexa tarjeta profesional. | |

* Incluya y modifique las filas y columnas de acuerdo con los requerimientos de cada proceso

FIRMA DEL HABILITADOR
**GUILLERMO LILIAN VARON HERRERA**
Gerencia Indemnizaciones

ANGELICA CARDENAS ARAS

FIRMA DEL HABILITADOR
**ANGELICA DEL PILAR CÁRDENAS**
Gerencia Médica

FIRMA DEL HABILITADOR
**MELISA MARIA MARQUEZ**
Gerencia Indemnizaciones

| | PROCESO:<br>GESTIÓN PRECONTRACTUAL | Código | APO_10_1_4_FR09 |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | | Versión | 2 |
| | FORMATO<br>HABILITACIÓN TÉCNICA DE INVITACIONES PUBLICAS, CERRADAS Y DE MÉRITOS | Clasificación | Pública |
| | | Fecha: | 2021-11-08 |
| Aprobó:<br>**Liliana Roció Bohórquez Hernández**<br>Gerente de Abastecimiento | Revisó:<br>**Martha Cecilia Flórez Sánchez**<br>Líder SIG | Revisó:<br>**Nicolás Martínez Benavides**<br>Profesional Universitario | |

**HABILITACIÓN TÉCNICA**

| OBJETO DEL PROCESO | "PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LOS CONTRATOS DE LA RED DE PRESTADORES Y LA AUDITORÍA EN PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS QUE SE CONTEMPLAN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO DURANTE LAS FASES PRE, DURANTE Y POST ATENCIÓN DE LOS SINIESTROS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA COMPAÑÍA." |
|---|---|

| PROPONENTE # | GRUPO | |
|---|---|---|
| 2 | 1 | CONSORCIO AUDITARLUT<br>SOSALUD SAS NIT 830134194<br>SOPORTE ADMINSTRATIVO INTEGAL SAS NIT 901050109<br>AUDITSALUD SAS NIT 900540735 |

**4.3.1 EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA DEL PROPONENTE**

| FUENTE DE VALIDACIÓN | Resultado |
|---|---|
| ANEXO N° 7 RELACIONDE CONTRATOS PARA ACREDITAR EXPERIENCIA GENERAL | CUMPLE |

| Entidad Certificadora | a) Nombre o razón social del contratante | b) Nombre o razón social del contratista | c) Número del contrato | d) Objeto del contrato | e) Fecha de iniciación del contrato | f) Fecha de terminación del contrato | g) Valor del contrato incluidas todas las adiciones | h) Valor final ejecutado | i) Datos de contacto de quien certifica. | j) En caso en que la certificación sea de un contrato de Consorcio o Unión Temporal | k) Si el contrato en ejecución fue cedido. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES | NO CUMPLE CON OBSERVACIONES | CUMPLE | N/A | N/A |
| FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD PPL 2023 | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |

| FUENTE DE VALIDACIÓN | Resultado |
|---|---|
| Las certificaciones presentadas deberá guardar relación con alguna de las siguientes actividades: INTERVENTORIA EN CONTRATOS DE SALUD, AUDITORIA DE CONTRATOS DE SALUD, REVISORIA FISCAL DE CONTRATOS DE SALUD. | NO CUMPLE : CON OBSERVACIONES |

| CRITERIO | VALOR DE LA EXPERIENCIA | Resultado |
|---|---|---|
| VALOR DE LA EXPERIENCIA | NO CUMPLE : CON OBSERVACIONES | NO CUMPLE : CON OBSERVACIONES |

**OTROS CRITERIOS TÉCNICOS DEL PROPONENTE**

| CRITERIO | Fuente de validación | Resultado |
|---|---|---|
| 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE | ANEXO NO. 8 FORMATO EQUIPO DE TRABAJO MÍNIMO REQUERIDO Y REQUISITOS MINIMOS DE EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| | EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE. CON: ROL, EDUCACIÓN, EXPERIENCIA, DEDICACIÓN, CANTIDAD, GRUPO. | CUMPLE |
| 4.3.3 CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | ANEXO 10 FORMATO CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| 4.4 OFERTA ECONÓMICA HABILITANTE | ANEXO N° 9 : FORMATO PRESENTACIÓN PROPUESTA ECONOMICA. | CUMPLE |

**CRITERIO PRUEBAS DE CONCEPTO**

| | | |
|---|---|---|
| Requiere de pruebas de concepto | SI ____ | NO X |
| Fecha de realización | 22/01/2024 | |
| Resultado | NO CUMPLE : CON OBSERVACIONES | |
| Observación | *1: 4.3.1 EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA DEL PROPONENTE - DE ANEXO N° 7*<br>**Certificación presentada # 1 Nombre o razón social del contratante:** SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA, **Nombre o razón social del contratista:** AUDISALUD SAS, **Número del contrato:** 81123; El valor ejecutado no concuerda con el valor de las adiciones que se relacione en los Otrosí de la certificación, por lo que se solicita alcance para valor ejecutado final. | |

* Incluya y modifique las filas y columnas de acuerdo con los requerimientos de cada proceso

FIRMA DEL HABILITADOR
**GUILLERMO LILIAN VARON HERRERA**
Gerencia Indemnizaciones

FIRMA DEL HABILITADOR
**MELISA MARIA MARQUEZ**
Gerencia Indemnizaciones

ANGELICA CARDENAS

FIRMA DEL HABILITADOR
**ANGELICA DEL PILAR CÁRDENAS**
Gerencia Médica

| | PROCESO:<br>GESTIÓN PRECONTRACTUAL | Código | APO_10_1_4_FR09 |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | | Versión | 2 |
| | FORMATO<br>HABILITACIÓN TÉCNICA DE INVITACIONES PUBLICAS, CERRADAS Y DE MÉRITOS | Clasificación | Pública |
| | | Fecha: | 2021-11-08 |
| Aprobó:<br>Liliana Rocío Bohórquez Hernández<br>Gerente de Abastecimiento | Revisó:<br>Martha Cecilia Flórez Sánchez<br>Líder SIG | Revisó:<br>Nicolás Martínez Benavides<br>Profesional Universitario | |

| HABILITACIÓN TÉCNICA | |
|---|---|
| OBJETO DEL PROCESO | "PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LOS CONTRATOS DE LA RED DE PRESTADORES Y LA AUDITORÍA EN PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS QUE SE CONTEMPLAN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO DURANTE LAS FASES PRE, DURANTE Y POST ATENCIÓN DE LOS SINIESTROS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA COMPAÑÍA." |

| PROPONENTE # | GRUPO | |
|---|---|---|
| 2 | 2 | ASESORIAS Y SERVICIOS EN SALUD ASALUD S.A.S<br>NIT 830077485-0 |

**4.3.1 EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA DEL PROPONENTE**

| FUENTE DE VALIDACIÓN | Resultado |
|---|---|
| ANEXO N° 7 RELACIÓNDE CONTRATOS PARA ACREDITAR EXPERIENCIA GENERAL | CUMPLE |

| Entidad Certificadora | a) Nombre o razón social del contratante | b) Nombre o razón social del contratista | c) Número del contrato | d) Objeto del contrato | e) Fecha de iniciación del contrato | f) Fecha de terminación del contrato | g) Valor del contrato incluidas todas las adiciones | h) Valor final ejecutado | k) Datos de contacto de quien certifica, | i) En caso en que la certificación sea de un contrato de Consorcio o Unión Temporal | j) Si el contrato en ejecución fue cedido, |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ECOPETROL S.A. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | N/A | N/A |

| FUENTE DE VALIDACIÓN | Resultado |
|---|---|
| Las certificaciones presentadas deberá guardar relación con alguna de las siguientes actividades: INTERVENTORIA EN CONTRATOS DE SALUD, AUDITORIA DE CONTRATOS DE SALUD, REVISORÍA FISCAL DE CONTRATOS DE SALUD. | CUMPLE |

| CRITERIO | VALOR DE LA EXPERIENCIA | Resultado |
|---|---|---|
| VALOR DE LA EXPERIENCIA | CUMPLE | CUMPLE |

**OTROS CRITERIOS TÉCNICOS DEL PROPONENTE**

| CRITERIO | Fuente de validación | Resultado |
|---|---|---|
| 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE | ANEXO NO. 8 FORMATO EQUIPO DE TRABAJO MÍNIMO REQUERIDO | CUMPLE |
| | EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE, CON: ROL, EDUCACIÓN, EXPERIENCIA, DEDICACIÓN, CANTIDAD, GRUPO. | NO CUMPLE: CON OBSERVACIONES |
| 4.3.3 CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | ANEXO 10 FORMATO CARTA DE COMPROMISO EQUIPO DE TRABAJO | CUMPLE |
| 4.4 OFERTA ECONÓMICA HABILITANTE | ANEXO N° 9 : FORMATO PRESENTACIÓN PROPUESTA ECONOMICA. | NO CUMPLE: CON OBSERVACIONES |

| CRITERIO PRUEBAS DE CONCEPTO | | |
|---|---|---|
| Requiere de pruebas de concepto | SI ____ | NO _X_ |
| Fecha de realización | 22/01/2024 | |
| Resultado | NO CUMPLE: CON OBSERVACIONES | |
| Observación | **1: 4.3.2 EQUIPO DE TRABAJO MINIMO REQUERIDO HABILITANTE**<br>***Hoja de vida de Gerente de Proyecto***: No se especifica los años para cada una de las empresas privada o públicas como coordinador o gerente, no se identifica los 5 años de experiencia de ARL.<br>***Hoja de vida de Líder de Interventoría:*** No se especifica los años para cada una de las empresas privada o públicas como coordinador o gerente, no se identifica los 4 años de experiencia de ARL.<br>***Hoja de vida de Líder de Auditorías de Prestaciones Asistenciales:*** No se especifica los años para cada una de las empresas privada o públicas como coordinador o gerente, no se identifica los 5 años de experiencia de ARL.<br>***Hoja de vida de Líder Auditorías de Prestaciones Económicas:*** No se especifica los años para cada una de las empresas privada o públicas como coordinador o gerente, no se identifica los 5 años de experiencia de ARL.<br>***Hoja de vida de Profesional financiero o contable***: La experiencia certificada no guara relación con la solicitada en los mínimos habilitantes, Diploma sin fecha de grado, debe remitir acta de grado. En tarjeta profesional aparece agosto de 2017.<br>**2: 4.4 OFERTA ECONÓMICA HABILITANTE - ANEXO N° 9 (FORMATO PRESENTACIÓN PROPUESTA ECONOMICA):** Falta incluir caracteristicas del servicio en cada item por costo. | |

* Incluya y modifique las filas y columnas de acuerdo con los requerimientos de cada proceso

FIRMA DEL HABILITADOR
**GUILLERMO LILIAN VARON HERRERA**
Gerencia Indemnizaciones

ANGELICA CARDENAS

FIRMA DEL HABILITADOR
**ANGELICA DEL PILAR CÁRDENAS**
Gerencia Médica

FIRMA DEL HABILITADOR
**MELISA MARIA MARQUEZ**
Gerencia Indemnizaciones