

INVITACIÓN DIRECTA No. 004 DE 2015

I. OBJETO

ADQUIRIR EL SERVICIO DE APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA D.U.S.I PARA ESTABLECER LOS PERFILES DE MAYOR RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, POBLACIÓN OBJETO DEL CONTRATO QUE SE ESTABLECIÓ CON LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA Y EL HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS.

II. PRESUPUESTO OFICIAL (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL).

El presupuesto oficial es de DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$19.200.000) Amparado bajo la Disponibilidad Presupuestal No. 287 de fecha 16 de Enero de 2015 del rubro COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS.

III. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El término de Ejecución será de DIEZ (10) DÍAS para su aplicación y QUINCE (15) DÍAS para entrega de informe final, para un término total VEINTICINCO (25) días, de contados a partir de la Suscripción del Acta de Inicio.

IV. FORMA DE PAGO

Dentro de los 90 días siguientes a la radicación de la factura, previo cumplimiento al sistema general de seguridad social y parafiscales si a ello hubiere lugar, acompañada de una certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato, de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.

V. RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE

Los procesos de selección de contratistas y proveedores se rigen por el Derecho Privado conforme a lo dispuesto por los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993; Código Civil y Código de Comercio, la Ordenanza No 020 del 22 de Marzo de 1996 y Manual interno de Contratación proferido por la Junta Directiva La E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA-Acuerdo 009 del 2014-.

VI. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Garantizar los recursos físicos y humanos especializados, para la aplicación de la Prueba.
2. Garantizar la entrega de resultados mediante la interpretación de la Prueba en los tiempos establecidos.
3. Asumir los costos de transporte, impuestos y demás costos que impliquen la correcta ejecución del contrato.
4. Mantener y garantizar la Confidencialidad de la prueba y los resultados de la misma en cada usuario

5. Entregar en medio físico y magnético (todas deben estar sistematizadas) el resultado de las pruebas.
6. Realizar uso exclusivo de papelería y/ o logos institucional como de la secretaria de salud de Cundinamarca.
7. Entregar un informe final cuantitativo y cualitativo de los análisis encontrados en el respectivo municipio por comuna.
8. Entregar archivo fotográfico mínimo de 70 fotos de la aplicación de las pruebas.
9. Se comprende que de ser necesario realizar la prueba en medio físico por temas de seguridad en alguna de las comunas se deberá entregar el original de la prueba
10. Entregar en original las firmas de cada usuario al realizar la aplicación del instrumento.
11. Las demás que sean requeridas de acuerdo a la naturaleza del contrato

#### VII. DOCUMENTACIÓN JURÍDICA

El proponente deberá adjuntar los siguientes documentos jurídicos:

SI USTED ES PERSONA NATURAL

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
Fotocopia de la cedula de ciudadanía de la persona natural o de su representante si es el caso.		
Aporta fotocopia de la Libreta Militar en el caso de que el oferente sea hombre y menor de 50 años.		
Aporta certificado de la Cámara de Comercio del establecimiento de comercio expedido con una antelación no mayor a tres (3) mes a la fecha de cierre de la presente invitación.		
Aporta fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)		
Aporta Certificado original donde manifiesta no encontrarse incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad establecidas en la normatividad legal vigente.		
Aporta certificado del pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante un lapso no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta invitación, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen		
Aporta Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República, vigente a la fecha del cierre. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación, vigente al cierre. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		

NOTA

Si alguno de los documentos no fue aportado, es aportado de manera incompleta o ilegible, la Oficina Jurídica podrá requerir al proponente para subsanar dentro de las 24 horas siguientes al requerimiento hecho por el Hospital. Las que no hayan sido subsanadas dentro de éste término se consideraran que no cumplen en el criterio.

SI USTED ES PERSONA JURÍDICA

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
Aporta fotocopia de la Cédula de Ciudadanía legible del representante legal.		
Aporta fotocopia de la Libreta Militar del representante legal en el caso de que el oferente sea hombre y menor de 50 años.		
Aporta certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio con una antelación no mayor a tres (3) meses a la fecha de cierre de la presente invitación.		
Aporta fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)		
Aporta Certificado original donde manifiesta no encontrarse incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad dentro de la oferta, tanto del representante legal como la empresa que representa		
Aporta certificado donde acredita el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante un lapso no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta invitación, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso. Lo anterior de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen		
Aporta Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República, del Representante Legal y de la Empresa, vigente a la fecha del cierre (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		
Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del Representante Legal		

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
y de la Empresa, vigente a la fecha del cierre. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		

**NOTA:**

Si la persona jurídica está obligada a tener Revisor Fiscal, conforme a la normatividad legal vigente, la certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, ARP, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje deberá ser expedido por el mismo.

Si la persona jurídica no está obligada a tener Revisor Fiscal, conforme a la normatividad legal vigente, la certificación podrá ser expedida por su Representante Legal.

Si alguno de los documentos no fue aportado, es aportado de manera incompleta o ilegible, la Oficina Jurídica podrá requerir al proponente para subsanar dentro de las 24 horas siguientes al requerimiento hecho por el Hospital. Las que no hayan sido subsanadas dentro de éste término se consideraran que no cumplen en el criterio.

**SI USTED ES UNA UNIÓN TEMPORAL**

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
Presenta Acta original de conformación de la unión temporal, suscrita por cada uno de sus integrantes, determinando su responsabilidad de manera solidaria		
Aportar fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal de la unión temporal o consorcio y de cada uno de los representantes legales de los miembros del consorcio o unión temporal.		
Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, con una antelación no mayor a tres (3) mes a la fecha de cierre de la presente invitación, en caso que los miembros sean personas jurídicas, o del establecimiento de comercio si es persona natural.		
Registro Único Tributario de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal.		
Aporta Certificado de cada uno de los asociados y consorciados en donde conste que no se encuentra incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades o conflicto de intereses; al igual que certificación para la persona que obre como representante legal del consorcio o unión temporal.		

124

2  
01

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
Aporta certificado donde acredita el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante un lapso no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta invitación, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso. Lo anterior de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.		
Aporta certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Invitación. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		
Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, para cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, para sus representantes legales y para el representante legal del consorcio o unión temporal, vigentes a la fecha de cierre de la presente Invitación. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		

NOTA:

Si los integrantes de la Unión Temporal están obligados a tener Revisor Fiscal, conforme a la normatividad legal vigente, la certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, ARP, pensiones y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje deberá ser expedido por el mismo.

Si alguno de los documentos no fue aportado, es aportado de manera incompleta o ilegible, la Oficina Jurídica podrá requerir al proponente para subsanar dentro de las 24 horas siguientes al requerimiento hecho por el Hospital. Las que no hayan sido subsanadas dentro de éste término se consideraran que no cumplen en el criterio.

VIII. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

La Prueba D.U.S.I consta de una serie introductoria de preguntas vinculadas a los datos filiatorios del encuestado. Luego contiene 35 preguntas que se contestan SI o NO, que corresponden a las siguientes 6 escalas:

144

8  
af

1. RIESGOS PARA LA SALUD
2. DESORDENES PSIQUIÁTRICOS
3. DISFUNCIONALIDADES FAMILIARES DF
4. PRESION GRUPOS DE AMIGOS
5. USO TIEMPO LIBRE UTL
6. SEVERIDAD USO DROGAS.

**FICHA TECNICA**

**NOMBRE:** Inventario Multifactorial del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

**OBJETIVO:** Identificar los factores asociados al consumo de SPA en niños, niñas y adolescentes, de las 6 comunas del municipio de Soacha.

**DESCRIPCION:** El inventario se construyo realizando una adaptación de la prueba DUSI (Drug Use Screening Inventory) a la población de Soacha, aplicando 6 de las 10 escalas de este instrumento. Analizando así en la población evaluada: riesgos para la salud, desordenes psiquiátricos, disfuncionalidades familiares, uso del tiempo libre, presión de grupo, y severidad del uso de drogas. El instrumento cuenta con 35 preguntas cerradas con opciones de respuesta Si, No y algunas veces.

**TIEMPO:** De 10 a 15 Min

**RANGO DE EDAD:** De los 10 a 25 Años.

**IX. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

**X. CRITERIOS TÉCNICOS(Criterios Cumple / No Cumple)**

CRITERIO TECNICO	CUMPLE	NO CUMPLE
Acreditar a través de certificación y/o copia contratos, experiencia mínima de dos años en la aplicación e interpretación de las Prueba DUSI.		
Presentar certificación del representante legal donde garantice que se cuenta con disponibilidad de tiempo y del recurso humano para dar cumplimiento a las obligaciones pactadas.		
Aportar copia de la licencia para el uso del instrumento, demostrando que está aprobado y es legal su aplicación.		

Contar con la sistematización de las fichas con 35 ítems con mínimo de 6 esferas de las cuales tres deben ser del tema de salud.		
--	--	--

#### XI. PROPUESTA ECONÓMICA

La cotización se deberá presentar teniendo en cuenta los requerimientos técnicos solicitados. (Anexo Técnico - Económico)

Para la evaluación de este criterio sólo se tendrán en cuenta las PROPUESTAS que hayan sido ADMITIDAS JURÍDICAMENTE y que hayan CUMPLIDO con los requisitos TÉCNICOS.

El cual se deberá ofertar de acuerdo a las especificaciones técnicas requeridas.

Cuando el proponente omita incluir el IVA de un bien que esté gravado, se entiende que está incluido dentro del valor ofertado.

#### XII. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Análisis Económico (Total 400 puntos).

La mayor calificación la obtendrá la propuesta más económica, las demás propuestas recibirán la calificación que corresponda, después de hacer una regla de tres simple.

Cuando la propuesta económica presentada sea superior al presupuesto oficial estimado, o inferior al 80% del mismo, no será calificada económicamente.

#### XIII. SITIO, PLAZO Y FORMA DE ENTREGA DE LAS PROPUESTAS:

**FORMA DE ENTREGA:** En sobre sellado en la oficina de Contratación, dirigidos a la subgerencia administrativa.

**PLAZO DE ENTREGA:** 26 de Enero de 2015. ✓

**SITIO:** Oficina De contratación 5º piso (Calle 13 No. 9 – 85)

**HORARIO:** hasta las 02:00 P.M.

Cordialmente,

  
LUZ HELENA HERNÁNDEZ PALACIOS  
Gerente

Aprobó: Subgerencia Administrativa /Claudia Martin Naizaque

Revisó: Coordinador de Contratación / Mauricio Romero Romero

V/buena: Johanna Maxily Caicedo / Subgerente Comunitaria.

Elaboró: Abogado de contratación/ Carlos Mario Zuluaga

ANEXO TECNICO ECONOMICO

ITEM DESCRIPCIÓN	VALOR
ADQUIRIR EL SERVICIO DE APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA D.U.S.I PARA ESTABLECER LOS PERFILES DE MAYOR RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, POBLACIÓN OBJETO DEL CONTRATO QUE SE ESTABLECIÓ CON LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA Y EL HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS. EL DISEÑO MULTIFACTORIAL PERMITE, A TRAVÉS DE SUS MÚLTIPLES DIMENSIONES, IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE CADA USUARIO CONSUMIDOR O EN ALTO RIESGO PARA PRIORIZAR ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. DE ESTA FORMA CONTRIBUYE A LA PREVENCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS Y SECUELAS DEL PROBLEMA YA INICIADO EN LA POBLACIÓN OBJETO.	

119

al