

INVITACIÓN DIRECTA No. 064 DE 2015

I. OBJETO

REALIZAR MUESTREO, CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE MUESTRAS AMBIENTALES INTERNAS, PERSONAL ASISTENCIAL (MANOS Y UÑAS), ALIMENTOS, DE AGUA POTABLE Y CONTROL DE AMBIENTE EN SALAS DE CIRUGÍA Y PARTOS DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA.

II. PRESUPUESTO OFICIAL (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL).

El presupuesto oficial es de **ONCE MILLONES CATORCE MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE. (\$11.014.529)** Amparado bajo la Disponibilidad Presupuestal No. 1342 de fecha 21 de Julio de 2015 del rubro **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO**.

III. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El término de Ejecución será de SEIS (06) MESES, 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. Remitir certificado por parte de la Secretaria de salud del municipio o distrito donde se encuentre ubicado el laboratorio, acreditando idoneidad en la toma y análisis de muestras fisicoquímicas, microbiológicas y de agua potable.
2. Realizar los muestreos de las **áreas físicas, personal asistencial, alimentos y agua potable** de todos los centros asistenciales del hospital, de la siguiente manera: **Áreas físicas** (120 muestras), **Personal Asistencial (Uñas y Manos)**(120 muestras), **Alimentos de los pacientes**(8 muestras), **Agua potable de los tanque de almacenamiento de todos los centros asistenciales** (24 muestras) y **Control de ambientes en salas de cirugía**(3 muestras), **Control de ambientes en salas de partos** (2 muestras). Del mes de Julio a Diciembre del 2015.

3. Realizar el análisis de los parámetros de las muestras según lo requerido a continuación: **Frotis de superficie** (Recuento de Coliformes Totales UFC, Recuento de Escherichia coli UFC, Recuento de Mohos UFC, Recuento de Levaduras UFC), **Personal Asistencial (frotis de manos y uñas)** (Recuento de Coliformes Totales UFC/Manos y Uñas, Recuento de Escherichia coli UFC/Manos y Uñas, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/Manos y Uñas), **Alimentos preparados restaurante base cereal** (Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/g, MP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Recuento de Bacillus cereus UFC/g, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g), **Ensaladas de frutas y verduras** (NMP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g.), **Jugos (zumos) y pulpas de fruta sin tratamiento térmico congelados o no** (Recuento de Escherichia coli UFC/g, Recuento de Mohos UFC/g, Recuento de Levaduras UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p /25g), **Cárnicos cocidos** (Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/g, NMP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g, Recuento de Esporas de Clostridium Sulfito Reductor UFC/g.), **Agua Potable (Microbiológico)** (Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/100ml-Recuento de Coliformes Totales UFC/100ml-Recuento de Escherichia coli UFC/100m), **Agua Potable (Fisicoquímico)** (pH Unidades de Ph, Dureza total mg/L CaCO₃, Calcio mg/L Ca²⁺, Alcalinidad mg/L CaCO₃, Fosfatos mg/L PO₄⁻³, Hierro total mg/L Fe²⁺, Color aparente UPC, Cloruros mg/L Cl, Sulfatos mg/L SO₄⁻², Conductividad μS/cm³, Turbiedad NTU, Cloro libre residual mg/L Cl₂, Olor No aplica), **Ambientes de salas de cirugía y Ambientes de salas de partos** (Aislamiento de Germenés Comunes (Afinidad al Gram y Hemólisis)* UFC/min exposición, Recuento de Mohos UFC/min exposición, Recuento de Levaduras UFC/min exposición)
4. El análisis de las muestras de agua potable deberán ser acorde a lo dispuesto en la normatividad ambiental y sanitaria vigente.
5. Realizar la toma de muestras de áreas físicas, personal asistencial, alimentos y aire, según requerimiento por parte del supervisor técnico del contrato en cualquiera de los centros y puestos de salud del Hospital.
6. Realizar la toma de muestras de agua potable, según requerimiento por parte del supervisor técnico del contrato, a todos los centros y puestos de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas.
7. Realizar asesoría técnica al Hospital, respecto a los espacios más indicados para la toma de muestras de las áreas físicas, con el fin de obtener un análisis adecuado de la situación microbiológica del Hospital, centros y puestos de salud.
8. Entregar los informes en medio físico y magnético, del análisis de parámetros de los muestreos realizados en cada frecuencia, discriminando cada informe según sea haya realizado a: **Áreas Físicas, Personal Asistencial, Alimentos, Aire, Agua Potable y Muestras de Ambientes en Salas de Cirugía y sala de partos**, en un periodo no mayor a quince (15) días calendario contados a partir de la toma de muestras.
9. Garantizar la cadena de custodia de las muestras y anexar formato dentro de cada informe generado, en donde se identifique el proceso que se realizó para llevar a cabo el muestreo y análisis de los parámetros analizados.
10. Las demás inherentes al objeto 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) en el cual debe estar inscrito en los códigos de actividades relacionadas con el objeto a contratar.		
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 Laborales, 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, adicione 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).		
Aporta Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación, vigente al cierre. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		
Aportar Certificado de Antecedentes Judiciales del Representante Legal.		

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), en el cual debe estar inscrito en los códigos de actividades relacionadas con el objeto a contratar.		
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 Laborales, 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 y de la Empresa, vigente a la fecha del cierre. (En caso de no aportarse la Entidad lo verificará).		
Aportar Certificado de Antecedentes Judiciales del Representante Legal.		

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. en el cual deben estar inscritos en los códigos de actividades relacionadas con el objeto a contratar		
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.		

DESCRIPCIÓN	(SI / NO)	No. FOLIO (S)
Aporta certificado donde acredita el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos Laborales, 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, ARL, 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.

	CANTIDAD	MUESTRA	ANALISIS MICROBIOLÓGICO
AMBIENTALES INTERNAS	120	Frotis de superficie	Recuento de Coliformes Totales UFC, Recuento de Escherichia coli UFC,

			Recuento de Mohos UFC, Recuento de Levaduras UFC.
	120	Personal Asistencial (frotis de manos y uñas)	Recuento de Coliformes Totales UFC/Manos y Uñas, Recuento de Escherichia coli UFC/Manos y Uñas, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/Manos y Uñas.
PRODUCTOS	2	Alimentos preparados restaurante base cereal	Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/g, MP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Recuento de Bacillus cereus UFC/g, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g.
	2	Ensaladas de frutas y verduras	NMP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g.
	2	Jugos (zumos) y pulpas de fruta sin tratamiento térmico congelados o no	Recuento de Escherichia coli UFC/g, Recuento de Mohos UFC/g, Recuento de Levaduras UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p /25g.
	2	Cárnicos cocidos	Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/g, NMP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g, Recuento de Esporas de Clostridium Sulfito Reductor UFC/g.
AGUA POTABLE	11	Agua Potable (Microbiológico)	Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/100ml-Recuento de Coliformes Totales UFC/100ml-Recuento de Escherichia coli UFC/100m

	11	Agua Potable (Fisicoquímico)	pH Unidades de Ph, Dureza total mg/L CaCO ₃ , Calcio mg/L Ca ⁺² , Alcalinidad mg/L CaCO ₃ , Fosfatos mg/L PO ₄ ⁻³ , Hierro total mg/L Fe ⁺² , Color aparente UPC, Cloruros mg/L Cl, Sulfatos mg/L SO ₄ ⁻² , Conductividad μS/cm ³ , Turbiedad NTU, Cloro libre residual mg/L Cl ₂ , Olor No aplica.
CONTROL DE AMBIENTES EN SALAS DE CIRUGIA	3	Ambientes de salas de cirugía	Aislamiento de Germen Comunes (Afinidad al Gram y Hemolisis)* UFC/min exposición, Recuento de Mohos UFC/min exposición, Recuento de Levaduras UFC/min exposición.
CONTROL DE AMBIENTES EN SALAS DE PARTOS	2	Ambientes de salas de partos	Aislamiento de Germen Comunes (Afinidad al Gram y Hemolisis)* UFC/min exposición, Recuento de Mohos UFC/min exposición, Recuento de Levaduras UFC/min exposición

IX. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

X. CRITERIOS TÉCNICOS(Criterios Cumple / No Cumple)

Para la evaluación técnica se tendrá en cuenta los siguientes factores:

CRITERIO A EVALUAR	CUMPLE	NO CUMPLE
El oferente deberá presentar certificado por parte de la Secretaria de salud del municipio o distrito donde se encuentre ubicado el laboratorio, acreditando idoneidad en la toma y análisis de muestras fisicoquímicas y microbiológicas.		
El oferente deberá presentar certificación que conoce y aplica los requerimientos técnicos y normativos para realizar los muestreos y análisis de las muestras de áreas físicas, personal asistencial (manos y uñas), alimentos y agua potable.		

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 la 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 que multiplicados los valores unitarios por las cantidades requeridas más IVA sea la 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. LAS GARANTÍAS EXIGIDAS EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

A. Cumplimiento del objeto del contrato, el pago de las multas y demás sanciones que se le impongan, por una cuantía equivalente al diez por ciento (10%), del valor total del contrato y con una duración igual al plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la suscripción del contrato.

B. Amparo de calidad del Servicio, por una cuantía equivalente al Quince (15%) por ciento del valor total del contrato y con una duración igual al plazo de ejecución del contrato y un (1) año más, contados a partir de la suscripción del contrato.

XIV. 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: 30 de Julio de 2015.

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

HORARIO: hasta las 02:00 P.M.

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO
LUZ HELENA HERANDEZ PALACIOS
Gerente

Aprobó: Subgerente Administrativo (E)/Consuelo Medina Peralta
V/Bueno: Coordinador de Contratación / Mauricio Romero Romero
V/B ueno: Servicio Epidemiología – Madeleine Robayo
Elaboro: Abogado de contratación/ Carlos Mario Zuluaga

ANEXO TECNICO- ECONOMICO

	MUESTRA	ANALISIS MICROBIOLÓGICO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ÍTEM IVA INCLUIDO
AMBIENTALES INTERNAS	Frotis de superficie	Recuento de Coliformes Totales UFC, Recuento de Escherichia coli UFC, Recuento de Mohos UFC, Recuento de Levaduras UFC.	120			
	Personal Asistencial (frotis de manos y uñas)	Recuento de Coliformes Totales UFC/Manos y Uñas, Recuento de Escherichia coli UFC/Manos y Uñas, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/Manos y Uñas.	120			
PRODUCTOS	Alimentos preparados restaurante base cereal	Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/g, MP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Recuento de Bacillus cereus UFC/g, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g.	2			
	Ensaladas de frutas y verduras	NMP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g.	2			
	Jugos (zumos) y pulpas de fruta sin tratamiento térmico congelados o no	Recuento de Escherichia coli UFC/g, Recuento de Mohos UFC/g, Recuento de Levaduras UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g.	2			
	Cárnicos cocidos	Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/g, NMP de Coliformes Totales NMP/g, NMP de Coliformes Fecales NMP/g, Recuento de Staphylococcus aureus Coagulasa Positiva UFC/g, Aislamiento e Identificación de Salmonella s.p. /25g, Recuento de Esporas de Clostridium Sulfito Reductor UFC/g.	2			
AGUA POTABLE	Agua Potable (Microbiológico)	Recuento de Aerobios Mesófilos UFC/100ml-Recuento de Coliformes Totales UFC/100ml-Recuento de Escherichia coli UFC/100m	11			
	Agua Potable (Físicoquímico)	pH Unidades de Ph, Dureza total mg/L CaCO ₃ , Calcio mg/L Ca ²⁺ , Alcalinidad mg/L CaCO ₃ , Fosfatos mg/L PO ₄ ³⁻ , Hierro total mg/L Fe ²⁺ , Color aparente UPC, Cloruros mg/L Cl, Sulfatos mg/L SO ₄ ²⁻ , Conductividad µS/cm ³ , Turbiedad NTU, Cloro libre residual mg/L Cl ₂ , Olor No aplica.	11			
CONTROL DE AMBIENTES EN SALAS	Ambientes de salas de cirugía	Aislamiento de Germenes Comunes (Afinidad al Gram y Hemolisis)* UFC/min exposición, Recuento de Mohos UFC/min exposición, Recuento de Levaduras UFC/min exposición.	3			
CONTROL DE AMBIENTES EN SALAS DE PARTOS	Ambientes de salas de partos	Aislamiento de Germenes Comunes (Afinidad al Gram y Hemolisis)* UFC/min exposición, Recuento de Mohos UFC/min exposición, Recuento de Levaduras UFC/min exposición	2			
VALOR GLOBAL						

