

EVALUACION DE REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA S.S.O No. 011-S.S.O.2020



OBJETO: CONTRATAR EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD Y USO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL NARIÑO PARA LOS SERVICIOS EN SUS ÁREAS MISIONALES Y DE APOYO EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1769 DE 1994.



REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA

REQUISITO	STERILIZE	BIOELECTROMEDICAL SERVICE
-----------	-----------	---------------------------

EQUIPOS MÍNIMOS FACTURA Y FICHA TECNICA		
1 Simulador de paciente con parámetros ECG, temperatura, respiración y generador de ondas.	CUMPLE	CUMPLE
2 Simulador digital de presión no invasiva.	CUMPLE	CUMPLE
3 Simulador digital de presión invasiva.	CUMPLE	CUMPLE
4 Analizador de sistema de electro cirugía.	CUMPLE	CUMPLE
5 Analizador para desfibrilador.	CUMPLE	CUMPLE
6 Analizador de marcapasos.	CUMPLE	CUMPLE
7 Analizador de lámparas de fototerapia.	CUMPLE	CUMPLE
8 Simulador de paciente con parámetro de saturación de oxígeno.	CUMPLE	CUMPLE
9 Analizador de equipos de cuidado infantil (Incubadoras).	CUMPLE	CUMPLE
10 Tacómetro estroboscopio.	CUMPLE	CUMPLE
11 Analizador de flujo de gases.	CUMPLE	CUMPLE
12 Simulador de prueba de Rayos X	CUMPLE	CUMPLE
13 Juegos de masas.	CUMPLE	CUMPLE
14 Analizador de temperatura y presión de equipos de esterilización.	CUMPLE	CUMPLE
15 Patrón de termo higrometría.	CUMPLE	CUMPLE
16 Simulador de monitoreo fetal	CUMPLE	CUMPLE
17 Balanza analítica CON CINCO O MAS CIFRAS SIGNIFICATIVAS	CUMPLE	CUMPLE
18 Manómetro patrón de baja presión (0 a 100 psi resolución mínima 0, 1 psi)	CUMPLE	CUMPLE
19 Manómetro patrón de alta presión (0 a 4. 000 psi resolución mínima 1 psi)	CUMPLE	CUMPLE

REQUISITO	STERILIZE	BIOELECTROMEDICAL SERVICE
Ficha tecnica del servicio	CUMPLE	CUMPLE
Plan de capacitacion realcionado con el uso y manejo de cuidado y conocimiento de fallas a tecnología de cada equipo.	CUMPLE	CUMPLE

**EVALUACION DE REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA S.S.O No. 011-S.S.O.2020**



OBJETO: CONTRATAR EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD Y USO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL NARIÑO PARA LOS SERVICIOS EN SUS ÁREAS MISIONALES Y DE APOYO EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1769 DE 1994.



**Experiencia General:**

El oferente dentro de su actividad económica deberá estar relacionado con el objeto del contrato a celebrarse y que el tiempo por el cual ha ejercido su proveeduría después de haber adquirido la personería sea igual o superior a tres (03) años. La misma se corroborará con el certificado de existencia y representación o registro mercantil.

**Experiencia Acreditada:**

El oferente deberá acreditar experiencia relacionada en todos los ítems detallados del objeto del contrato como mínimo de un (16) meses en instituciones hospitalarias de mediana complejidad con servicios habilitados de tercer nivel de complejidad y/o de alta complejidad, experiencia obtenida en los últimos diez (10) años. Se podrán aportar máximo 3 certificaciones de contratos que sumadas correspondan mínimo al 100% del presupuesto oficial. Las experiencias aportadas deberán demostrar la experiencia del oferente en todos los componentes que abarcan el objeto a contratar, esto es infraestructura hospitalaria, dotación hospitalaria, equipo industrial y de uso hospitalario, equipo biomédico y equipo de comunicaciones.

En caso de uniones temporales o consorcios, cada uno de los integrantes debe acreditar como mínimo el 30% de la experiencia requerida en tiempo y en valor y que sumado a la experiencia y tiempo del otro u otros integrantes cumplan el 100% de ambos ítems, Este punto también se verificará con las certificaciones de contratos solicitadas en el inciso anterior.

La experiencia específica se verificada en el RUP, así mismo se debe soportar con:

**Acreditación de la Experiencia específica:**

El contrato antes mencionado deberá ser acreditado mediante la presentación de la siguiente documentación:

1. Copia del Contrato y liquidación del contrato o
2. Certificación de Experiencia expedida por La Entidad, en la cual deben encontrarse los datos requeridos en la presente solicitud simple de oferta.

Objeto del Contrato.

Número del Contrato.

Entidad Contratante.

El Porcentaje de Participación, si El Contrato se suscribió en Consorcio o Unión Temporal.

La Fecha de Iniciación del Contrato.

La Fecha de Terminación del Contrato.

El Tiempo Total de Suspensión, cuando este haya sido suspendido en una o varias ocasiones en meses.

Valor total del Contrato incluyendo Adiciones.

Ítems y cantidades

Cumplimiento.

**CUMPLE**

**NO CUMPLE**  
por informacion  
de la oficina juridica  
el RUP no esta en firme

Oficio de conocimiento y aceptación del anexo - "PRACTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE" disponible en:<http://hunired.hosdenar.gov.co/hunired2//index.php7apoyo/gestion-juridica/file/958-anjur-01-anexo-tecnico>. (Diligenciar formato 8)

**CUMPLE**

**CUMPLE**

Declaración de disponibilidad de personal (Diligenciar formato 5)

**CUMPLE**

**CUMPLE**

Software para la gestión integral del mantenimiento que cubra el ciclo completo de planeación, programación, control y seguimiento de equipos, usuarios y registros de actividades, con acceso multiusuario como mínimo 33 con versión licenciada de uso comercial y probado y testeado en entidad prestadora de servicio de salud con mínimo un (01) año de uso.

**NO CUMPLE**

**NO CUMPLE**

Proyecto de protocolo de bioseguridad mismo que debe cumplir las estipulaciones contempladas en la norma vigente que incluya limpieza de equipos biomédicos antes y después de cada mantenimiento en razón a la emergencia sanitaria por COVID-19.

**CUMPLE**

**CUMPLE**

**VALOR OFERTADO SEGÚN ACTA DE AUDIENCIA APERTURA DE SOBRES**

**\$ 803.448.100**

**\$ 815.745.776**

EVALUACION DE REQUISITOS DE CAPACIDAD TÉCNICA S.S.O No. 011-S.S.O.2020



OBJETO: CONTRATAR EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD Y USO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL NARIÑO PARA LOS SERVICIOS EN SUS ÁREAS MISIONALES Y DE APOYO EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1769 DE 1994.



OBSERVACIONES

En acompañamiento de ingeniero de sistemas del area de contratacion Ing <sup>MARIO PAZ</sup> se evidenció respecto al software solicitado en el pliego, que a los oferentes les faltaria la siguiente informacion.

ESTERILIZE SERVICE

NO ACREDITA CERTIFICACION DE EXPERENCIA DEL SOFWTWARE PROBADO Y TESTEADO EN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE SALUD CON MINIMO UN AÑO.

BIOELECTROMEDICAL SERVICE

NO ACREDITA LA COMPRA DE LA LICENCIA DEL SOFTWARE, ASI MISMO NO SE EVIDENCIA LA LICENCIA ACTIVA A LA FECHA Y PERIODO DE VIGENCIA. ASI COMO LAS FUNCIONALIDADES DEL SOFTWARE REQUERIDO. NO ACREDITA CERTIFICACION DE EXPERENCIA DEL SOFWTWARE PROBADO Y TESTEADO EN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE SALUD CON MINIMO UN AÑO DE USO,

FIRMA:

  
LYNN JAIRO MELODELGADO PABON  
Profesional Universitario Recursos Físicos

  
GREGORY RICARDO LEGARDA ROSERO  
Ingeniero contratista apoyo a la supervision.

