

FECHA: 16/02/2011

**OBJETO:** EL CONTRATISTA DEBE COMPROMETERSE PARA CON LA E. S. E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, A SUMINISTRAR LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PERSONAL AUTORIZADO QUE LABORA EN LA EMPRESA

EMPRESA: SERVISANDER

VALOR PROPUESTA : \$ 222.000.000

PRESUPUESTO: \$ 224.000.000

VIGENCIA: primero (01) de Marzo de 2011 al treinta y uno (31) de Octubre de 2011

## EVALUACION JURIDICA Y LEGAL

CONTENIDO DE LAS INVITACIONES	CUMPLE SI/ NO	OBSERVACIONES
Carta de presentación de la oferta: Deberá ser suscrita por el proponente, con el nombre y la firma; cuando se trate de persona jurídica debe ser firmada por el Representante Legal de la misma o su apoderado, debidamente facultado para ello. (Diligenciar anexo N° 1).	SI	FOLIO 1 Y 2
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del proponente (si es persona natural) o del Representante Legal (si es persona jurídica).	SI	FOLIO 3
Certificado de Existencia y Representación Legal: Expedido por la Cámara de Comercio, con una fecha de expedición no mayor a treinta días de la fecha de cierre de la invitación. (Las personas naturales deberán presentar registro mercantil).	SI	FOLIO 4-5
Presentar la copia de los Formatos únicos de Hoja de Vida (En original) firmados con sus respectivas certificaciones de soporte. (En cumplimiento de la obligación legal de habilitación en busca de la calidad en la prestación de los servicios y la seguridad del paciente).	SI	ALLEGADOS SEGUN SOLICITUD
Póliza de seriedad de la oferta equivalente al diez (10%) del valor total de la propuesta o del presupuesto oficial estimado y su vigencia por el término de tres meses contados a partir de la fecha de la presentación de la propuesta	SI	FOLIO 180 Y 181
EXPERIENCIA. Listado de Entidades, a quienes hayan prestado sus servicios donde conste la dirección y el teléfono de las instituciones. (Diligenciar Anexo N° 3.) INDISPENSABLE ANEXAR LAS CERTIFICACIONES EXPEDIDAS POR DICHAS ENTIDADES Y/O LAS ACTAS DE LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS. (DONDE SE EVIDENCIA EL OBJETO DEL CONTRATO).	SI	FOLIO 182-192
Boletín de Responsabilidad Fiscal de la Contraloría General de la Nación del Representante Legal y de la Persona Jurídica.	SI	FOLIO 193
Certificado de Antecedentes Judiciales expedido por el DAS.	SI	FOLIO 194
Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Persona Jurídica y del Representante Legal expedido por la Procuraduría General de la Nación.	SI	FOLIO 195-196
Fotocopia del RUT.	SI	FOLIO 197-199
Certificación firmada por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal según el caso donde informa que se encuentra al día en pago de aportes parafiscales y al sistema de Seguridad Social Integral.	SI	FOLIO 199
Tabla de compensaciones o remuneración individual por subproceso, especificando valor neto, plasmando las deducciones de ley.	SI	FOLIO 284
Inscripción en el Sistema de Información de Contratación Estatal (SICE).	SI	FOLIO 200
Estados financieros con corte a 30 de Septiembre de 2010 debidamente firmados por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal (cuando a ello hubiere lugar).	SI	FOLIO 201
Compromiso suscrito por el representante Legal donde manifieste que responderá por los daños ocasionados por mal uso a los equipos de propiedad de la E.S.E.	SI	FOLIO 204
Registro Único de Proponentes como Actividad 3 Proveedor Especialidad 23 Servicios Grupo 03 Servicio de Restaurante y Cafetería	SI	FOLIO 205-213
<b>PARA EL CASO DE UNIONES TEMPORALES</b>		
deberán acreditar que su duración no será inferior a la del plazo del contrato y un año más, mediante el correspondiente certificado de Existencia y Representación expedido por Entidad Competente.		
deberán indicar su porcentaje de participación en la propuesta y en la ejecución del contrato, lo cual no podrá ser modificado sin la autorización previa de la E.S.E H.R.M.B.		
designar la persona que para todos los efectos los representará y anexarán el acta mediante la cual se constituyen como Consorcio o Unión Temporal.		
Acreditar que el Consorcio o la Unión Temporal tienen por objeto social las actividades propias para el desarrollo del contrato objeto del presente proceso de selección (Una de las empresas que lo (a) conforman).		
<b>PARA EL CASO DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO</b>		
Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia de Economía Solidaria, con una fecha de expedición no mayor a treinta días de la fecha de cierre de la invitación.	NO APLICA	
Resolución expedida por el Ministerio de Protección Social por la cual se registran los Regímenes de Trabajo Asociado, Compensaciones, Previsión y Seguridad Social De La Cooperativa proponente	NO APLICA	
Régimen de Higiene y Seguridad Industrial.	SI	FOLIO 78-117
Estatutos de la Cooperativa	NO APLICA	
Programa de Salud Ocupacional.	SI	FOLIO 78-117
Plan de Inducción y Reinducción	SI	FOLIO 175-178
Plan de bienestar	SI	FOLIO 163-173
Plan de Capacitación	SI	FOLIO 174
Formatos de los convenios de Asociación del Personal de la Cooperativa.	NO APLICA	
Certificados de Capacitación de los asociados en Economía Solidaria, de acuerdo a la ley 1233 de 2008.	NO APLICA	
Para el inicio del proceso el contratista debe acreditar la condición de asociado del recurso humano.	NO APLICA	
Certificado Suscrito por el representante legal donde manifieste que el proceso será ejecutado por personal calificado y asociado a la cooperativa.	NO APLICA	

ELABORO: \_\_\_\_\_  
 REVISOR: \_\_\_\_\_  
 APROBO \_\_\_\_\_

CUMPLE  
(SI/NO)

SI

FECHA: 16/02/2011



**OBJETO: EL CONTRATISTA DEBE COMPROMETERSE PARA CON LA E. S. E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, A SUMINISTRAR LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PERSONAL AUTORIZADO QUE LABORA EN LA EMPRESA**

**EMPRESA: SERVISANDER**

**VALOR PROPUESTA :** 222.000.000

**PRESUPUESTO:** \$ 224.000.000

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta y uno (31) de Octubre de 2011

**EVALUACION FINANCIERA**

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

**NO**

	% PARTICIPACION	MINIMO DE PARTICIPACION
EMPRESA A	_____	<u>NO CUMPLE</u>
EMPRESA B	_____	<u>NO CUMPLE</u>
	0%	

CONDICION	CRITERIO	RESULTADO	CUMPLE
>=\$25.000.000	CAPITAL TRABAJO	94.768.199	SI
>= 1	RAZON CORRIENTE	7,57	SI
<= 80	ENDEUDAMIENTO	8,45	SI

SI SE TRATA DE CONSORCIOS DILIGENCIE EN EL SIGUIENTE CUADRO LA CASILLA PARA LA EMPRESA A Y LA EMPRESA B DE LO CONTRARIO SOLO DILIGNENCIE LA EMPRESA A

CONCEPTO	EMPRESA A	EMPRESA B	TOTAL
ACTIVO	170.853.199		0
ACTIVO CORRIENTE	109.203.199		0
PASIVO	14.435.000		0
PASIVO CORRIENTE	14.435.000		0

CUMPLE  
SI /NO

SI \_\_\_\_\_

ELABORO: \_\_\_\_\_

REVISO: \_\_\_\_\_

APROBO: \_\_\_\_\_



**OBJETO:** EL CONTRATISTA DEBE COMPROMETERSE PARA CON LA E. S. E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, A SUMINISTRAR LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PERSONAL AUTORIZADO QUE LABORA EN LA EMPRESA

**EMPRESA:** SERVISANDER

**VALOR PROPUESTA :** 222.000.000

**PRESUPUESTO:** \$ 224.000.000

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta y uno (31) de Octubre de 2011

**EVALUACION TECNICA Y EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA**

CRITERIO	CUMPLE
Se exige experiencia específica del Objeto del Contrato para cada uno de los subprocesos en Instituciones del mismo orden como mínimo en un segundo nivel; mínimo de 6 meses.	SI

EMPRESA	NIVEL	TIEMPO
ESE HOSPITAL DEL MAGDALENA MEDIO	II	20

20

**EVALUACION TECNICA**

CRITERIOS DE EVALUACION	ANEXA	PUNTOS
MINUTA PATRON ESTABLECIDA DE ACUERDO A CADA TIPO DE DIETA Y CADA TIEMPO DE COMIDA.(Desayuno, Almuerzo, Comida y Refrigerios)	SI	40
VALOR AGREGADO (HACE REFERENCIA A LOS BENEFICIOS ADICIONALES OFRECIDOS PARA LA ESE)	NO	0
EXPERIENCIA ESPECÍFICA CERTIFICADA Y CAPACITACION DEL PERSONAL QUE DESARROLLA LOS PROCESOS CONTRATADOS	SI	10

**RESULTADO EVALUACION TECNICA Y EXPERIENCIA**

EXPERIENCIA CUMPLE  
 EVALUACION TECNICA 50

ELABORO: \_\_\_\_\_  
 REVISO: \_\_\_\_\_  
 APROBO \_\_\_\_\_

**EVALUACION ECONOMICA**

LIMITE MAX \$ 224.000.000  
 LIMITE MIN \$ 220.640.000

SI EL VALOR DE LA PROPUESTA ESTA DENTRO DE LOS LIMITES SE CONTINUA CON LA EVALUACION

PM=	VALOR PROPUESTA MENOR VALOR	\$ 221.984.000
PAE=	VALOR PROPUESTA A EVALUAR	\$ 222.000.000
PF=	PROPUESTA FAVORABEL PARA LA ESE	
PUNTAJE MAXIMO =	40	

PF= 40

ELABORO: \_\_\_\_\_  
 REVISO: \_\_\_\_\_  
 APROBO \_\_\_\_\_

FECHA: 16/02/2011

ESE HOSPITAL REGIONAL  
MANUELA BELTRAN  
III NIVEL  
SOCORRO - SANTANDER



NOVA IMAGEN EN SALUD

**OBJETO: EL CONTRATISTA DEBE COMPROMETERSE PARA CON LA E. S. E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN, A SUMINISTRAR LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PERSONAL AUTORIZADO QUE LABORA EN LA EMPRESA**

**EMPRESA: SERVISANDER**

**VALOR PROPUESTA : 222.000.000**

**PRESUPUESTO: \$ 224.000.000**

**VIGENCIA:** primero (01) de Marzo de 2011 al treinta y uno (31) de Octubre de 2011

<b>RESUMEN DE LA EVALUACION</b>	
<b>CONCEPTOS</b>	<b>PUNTAJE</b>
EVALUACION JURIDICA Y LEGAL	CUMPLE
EVALUACION FINANCIERA	CUMPLE
EXPERIENCIA	CUMPLE
EVALUACION TECNICA	50,00
EVALUACION ECONOMICA	40,00

**TOTAL PUNTAJE 90,00**

APROBO \_\_\_\_\_  
Gerencia