

AVISO DE CONTRATACIÓN PÚBLICA PREVISTA - AVISO DE CONTRATACIÓN FUTURA

- El Hospital Pediátrico Baca Ortiz, en cumplimiento a lo dispuesto en:
- Apéndice 4 del Anexo XII “**ACUERDO COMERCIAL ENTRE LA UNIÓN EUROPEA Y SUS ESTADOS MIEMBROS POR UNA PARTE Y COLOMBIA, EL PERÚ Y ECUADOR, POR OTRA**” y del “**ACUERDO COMERCIAL ENTRE EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, POR UNA PARTE Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ, POR OTRA**”;
- “**ACUERDO COMERCIAL ENTRE EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, POR UNA PARTE Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ POR OTRA**” y
- Apéndice 10 al anexo XVII del “**ACUERDO DE ASOCIACIÓN ECONÓMICO INCLUSIVO ENTRE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE LIBRE COMERCIO (AELC-EFTA)**”; expide el siguiente Aviso de Contratación Pública Prevista y/o Aviso de Contratación Futura
- Anexo 12.1 **ACUERDO DE COMPLEMENTACIÓN ECONÓMICA N° 75 ENTRE LA REPÚBLICA DE CHILE Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

| | |
|---|---|
| NOMBRE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE: | Hospital Pediátrico Baca Ortiz |
| RUC: | 1768034950001 |
| DOMICILIO: | Av. 6 de diciembre s/n y Av. Cristóbal Colón Esq. Quito-Ecuador Código Postal: 170523 |
| CONTACTO: | Correo Electrónico: hugo.gomez@hbo.gob.ec Teléfono: 02 3942800 |
| COSTO POR EDICIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CUBIERTA | NO APLICA |
| CONDICIONES DE PAGO POR EDICIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CUBIERTA | NO APLICA |

INFORMACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

| | |
|--|---|
| DESCRIPCIÓN DE LA CONTRATACIÓN: | CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA Y ADECUACIÓN DEL MATERIAL TEXTIL PARA EL HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ |
| CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: | SIE-HBO-199-2022 |
| TIPO DE ADQUISICIÓN: | SERVICIO |
| CÓDIGO CPC: | CÓDIGO CPC A 9 DÍGITOS: 971300115 DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO CPC: SERVICIOS DE LAVANDERIA HOSPITALARIA |

Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Dirección: Av. 6 de Diciembre S/N y Av. Cristóbal Colón

Código postal: 170523 / Quito-Ecuador

Teléfono: +593-2 394 2800

www.hbo.gob.ec

| | |
|---|---|
| PRESUPUESTO REFERENCIAL: | 572.659,75 (Quinientos setenta y dos mil seiscientos cincuenta y nueve con 75/100 Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica) más IVA |
| CANTIDAD DE LA MERCANCIA O SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN: | Ver información en archivo adjunto, Especificaciones Técnicas |
| CONDICIONES DE PAGO: | <p>FORMA DE PAGO: El pago se realizará de forma mensual contra entrega del servicio mensual previa presentación de la correspondiente documentación habilitante para el pago</p> <p>Factura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia del RUC de la Contratista el primer mes • Acta Entrega Recepción mensual del servicio recibido a satisfacción firmada por el Administrador de Contrato, Representante de la Contratista y Técnico afín del Hospital. • Planilla de pago del IESS y/o documentación que acredite el cumplimiento de disposiciones establecidas en el Código de Trabajo y la Ley del Seguro Social, avisos de entrada IESS del personal que laborará en el hospital. • Consumo de insumos, presentado por la empresa. • Detalle de valores (USD) y kilos de ropa lavada, presentado por la empresa externalizada. • Informe de resultados del control de las prendas hospitalarias lavadas: Análisis Físico-Químicos alcalinidad total, cloro, hierro. y Control Microbiológico de Superficie • Registro de Capacitaciones cada dos meses. • Informe de cumplimiento de la desratización y desinsectación trimestral. • Informe de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional mensual (la Contratista deberá entregar informes de los Índices de gestión de Seguridad-Accidente e incidentes de Trabajo, Certificado de capacitación, Registro de inducción, capacitación y entrenamiento a personal nuevo, Registro de entrega de EPP, listado de productos químicos y hojas de seguridad de productos químicos) • Informe de Calibración de Balanzas trimestral (cada tres meses). • Horarios del personal que laborará en el hospital en cada mes con su respectivo reporte del Biométrico. <p>Condiciones de pago: La contratante procederá al pago de acuerdo a la liquidación económica contenida en los informes y actas de entrega recepción presentadas por el Administrador de Contrato.</p> <p>La Entidad Contratante establece el pago del presente servicio de forma mensual, (de acuerdo a la cantidad de prendas procesadas al mes medidas según su peso en kilos), detrayendo de dicho importe la valoración de las posibles penalidades, fallos, faltas en que haya podido incurrir la Contratista, considerando como tales el incumplimiento de los protocolos e instructivos de trabajo aprobados que afectan a la calidad del servicio, la disponibilidad de las infraestructuras asistenciales y la seguridad de pacientes y personal del Hospital.</p> <p>El contratante, por medio del administrador de contrato, tendrá la potestad de solicitar aclaración o documento adicional que crea conveniente para validar que el servicio fue recibido a satisfacción, sin restricción alguna.</p> |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | El plazo para la ejecución del contrato es de 730 DIAS calendarios desde el 01 de enero de 2023 hasta el 31 de Diciembre de 2024 o hasta que se terminen los valores establecidos como monto del contrato. |

Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Dirección: Av. 6 de Diciembre S/N y Av. Cristóbal Colón

Código postal: 170523 / Quito-Ecuador

Teléfono: +593-2 394 2800

www.hbo.gob.ec



República
del Ecuador

| | |
|---|--|
| PROCEDIMIENTO DE CONTRATACION PÚBLICA A APLICAR: | SUBASTA INVERSA ELECTRÓNICA |
| COMPRENDERÁ UNA NEGOCIACION: | Conforme a la normativa legal vigente, de ser el caso |
| DIRECCION Y FECHA LIMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE PARTICIPACIÓN: | No aplica |
| DIRECCIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS: | La oferta se deberá presentar únicamente a través del Portal COMPRASPÚBLICAS hasta la fecha límite para su presentación, debidamente firmada electrónicamente. |
| FECHA LIMITE PARA LA PRESENTACION DE OFERTAS: | N/A |
| IDIOMA PARA LA PRESENTACION DE LAS OFERTAS: | La oferta deberá presentarse en idioma Castellano |
| CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROVEEDORES: | Las condiciones y demás requisitos legales, financieros y técnicos, se encuentran previstas en los términos de referencia de los pliegos del procedimiento. |
| SELECCIÓN DE UN NUMERO DE PROVEEDORES CALIFICADOS PARA LA INVITACIÓN: | No aplica |

| | | |
|----------------|--|--|
| Elaborado por: | Ing. María Belén Cumbicos Cañar Analista de Adquisiciones 2 Responsable de Adquisiciones | |
| Revisado por: | Esp. Leonardo Cabezas Criollo Dirección Administrativa Financiera | |
| Aprobado por: | Esp. Ronald Roberty Cedeño Vega Gerente del Hospital Pediátrico Baca Ortiz | |

Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Dirección: Av. 6 de Diciembre S/N y Av. Cristóbal Colón

Código postal: 170523 / Quito-Ecuador

Teléfono: +593-2 394 2800

www.hbo.gob.ec



República
del Ecuador