# 1 CONSIDERACIONES GENERALES.

## 1.1 DELEGACIÓN COMITÉ DE EVALUACIÓN

En Santiago de Cali, los integrantes del Comité Evaluador, nombrados mediante comunicación escrita en el mes de Abril de 2026, suscrita por el gerente de la **RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE**, los suscritos funcionarios y contratistas proceden a evaluar técnica, financiera y jurídicamente la propuesta presentada.

## 1.2 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La **RED DE SALUD ORIENTE E.S.E**, tiene establecido el Estatuto de Contratación, el cual se encuentra consignado en el Acuerdo No. 147 de Octubre 20 de 2025. Estatuto, que señala en el artículo 33, las modalidades de selección a través de las cuales se efectuarála escogencia del **CONTRATISTA**, dentro de las que se encuentra la modalidad de selección de Contratación Directa.

En ese orden de ideas, la modalidad de selección del **CONTRATISTA** para contratar el presente objeto: **" SERVICIO DE LAVADO DESINFECCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS AL AGUA DE LOS TANQUES ANTES Y DESPUÉS DEL LAVADO DEL HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO Y LAS IPS ADSCRITAS DE LA RED SALUD DE ORIENTE E.S.E."** es la Contratación Directa.

Atendiendo la solicitud, y dentro del plazo establecido en la Solicitud de Oferta, se recibió la propuesta de la **SQUARE INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S** con NIT. 901.439.069-1, teniendo en cuenta, que de acuerdo con objeto y a las obligaciones contractuales del servicio requerido.

En ese contexto, para la verificación de los requisitos solicitados al oferente se designó el equipo evaluador de la siguiente manera:

| ROL | NOMBRE COMPLETO | CARGO Y/O PROFESIÓN |
|---|---|---|
| Financiero | Aceneth Ballesteros Bastidas | Profesional Especializada |
| Técnico | Alejandro Ramírez González | Profesional Universitario |
| Jurídico | Laura Holguin Londoño | Jurídico – Profesional Agremiada |

## 1.3 PRESUPUESTO ESTABLECIDO EN LA ENTIDAD

Para la prestación de los servicios ya enunciados de conformidad con las disposiciones legales y estatutarias la **RED DE SALUD DEL ORIENTE ESE**, ha estimado el valor del presupuesto oficial, por la suma de **CIENTO VEINTICINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS ($125.668.952.00) INCLUIDO IVA.**

## 1.4 EVALUACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS

Para proceder con esta verificación se tiene en cuenta lo siguientes documentos:

1. Certificado de Disponibilidad Presupuestal

2. Solicitud de Oferta
3. Propuesta presentada por el Oferente

| Nombre del Proveedor | NIT empresa | Valor total + IVA |
|---|---|---|
| **SQUARE INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S** | 901.439.069-1 | **CIENTO VEINTICINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS ($125.668.952.00) INCLUIDO IVA.** |

Es así como se puedo determinar, que el oferente presentó la propuesta de acuerdo con el presupuesto designado por la Red de Salud del Oriente E.S.E y a la solicitud enviada al oferente,adjudica por valor de **CIENTO VEINTICINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS ($125.668.952.00) INCLUIDO IVA.**

En ese orden de ideas y conforme a lo anterior, se procede a continuar con la verificación de los aspectos jurídicos y técnicos.

## 1.5 VERIFICACIÓN REQUISITOS JURIDICOS

| DOCUMENTOS SOLICITADOS | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| Cotización, oferta o propuesta económica. | x | |
| Formato único de hoja de vida de la DAFP persona jurídica | x | |
| Fotocopia del Rut de la persona jurídica (fecha de impresión **no mayor a 30 días**) | x | |
| Fotocopia de cedula de ciudadanía del representante legal | x | |
| Certificado de existencia y representación legal cámara y comercio **(vigencia máxima 3meses)** | x | |
| Registro de inscripción de constitución y/o agremiación sindical ante el ministerio de trabajo y seguridad social o certificación de la existencia de la asociación y/o agremiación sindicalexpedida por el ministerio de trabajo **(solo agremiaciones)** | x | |
| Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la contraloría general – delrepresentante legal (**consulta no mayor a 30 días**) | x | |
| Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal de la contraloría general – de lapersona jurídica (**consulta no mayor a 30 días**) | x | |
| Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – del representantelegal (**consulta no mayor a 30 días**) | x | |
| Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría general – de la persona jurídica(**consulta no mayor a 30 días**) | x | |
| Antecedentes judiciales de la policía nacional del representante legal (**consulta no mayor a30 días**) | x | |
| Medidas Correctivas del representante legal de la asociación y/o agremiación sindical(**consulta no mayor a 30 días**) | x | |
| Formato autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales a menores de edad delrepresentante legal | x | |

| | | |
|---|---|---|
| Certificado de consulta de inhabilidades por delitos sexuales a menores de edad de lapersona natural (**lo consulta e imprime el área jurídica**) | x | |
| Formato declaración inhabilidades e incompatibilidades- diligenciado por el representantelegal | x | |
| Certificación, que los afiliados participes se encuentran debidamente afiliados a la asociacióny/o agremiación sindical **(solo agremiaciones)** | x | |
| Certificaciones de experiencia | x | |
| Certificación de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo **(para agremiaciones y/o servicios de mantenimiento)** | x | |
| Certificación de pago seguridad social expedida por el revisor fiscal o representante legal dela persona jurídica. **Cuando expide el Revisor Fiscal debe aportar:** • Fotocopia de la tarjeta profesional, • fotocopia de la cedula • antecedentes de la Junta Central de Contadores Nota: El revisor fiscal debe estar inscrito en la Cámara de Comercio de la entidad y en sudefecto aportar el contrato de Prestación de Servicio | x | |
| Registro único de proponente (**RUP**) o Estados financieros (cuando **aplica)** **Nota: Si presenta estados financieros debe incluir los documentos del contador** • Fotocopia de la tarjeta profesional, • fotocopia de la cedula • antecedentes de la Junta Central de Contadores | x | |
| Comprobante de inscripción factura electrónica | x | |
| Diligenciar formulario SARLAF- Proveedores jurídicos https://desqubra.com.co/listas/public/formularios_conocimiento/responder_formulario_c/129/4/353/72 | x | |
| Formato de solicitud de transferencia electrónica persona jurídica | x | |
| Certificación bancaria | x | |
| Registro de deudores alimentario - REDAM | x | |

## 2. VERIFICACIÓN REQUISITOS TÉCNICOS

1. Realizar el lavado a los tanques de almacenamiento de agua potable que se encuentran instalados y en funcionamiento en el Hospital Carlos Holmes Trujillo e I.P.S adscritas a la Red de Salud del Oriente -E.S.E-, de manera trimestral, se lavaran cada uno de los tanques de almacenamiento de agua potable con hipoclorito de sodio

| TIPO DE TANQUE | CANTIDAD DE TANQUES |
|---|---|
| TANQUE PLÁSTICO | 12 |
| TANQUE SUBTERRÁNEO | 8 |
| **TOTAL GENERAL** | **20** |

Ubicación de los tanques de agua:

| UBICACIÓN | ÁREA A LA QUE SIRVE | TIPO DE TANQUE | CANTIDAD DE TANQUES | CAPACIDAD TANQUES |
|---|---|---|---|---|
| **HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO** | Edificio Urgencias, hospitalización y Consulta Externa | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 100 $m^3$ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Edificio Urgencias, hospitalización y Consulta Externa | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 33 $m^3$ |
| **CENTROL DE SALUD DESEPAZ** | TODA LA I.P.S | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 38 $m^3$ |
| **CENTRO DE SALUD POTERO GRANDE** | TODA LA I.P.S | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 30 $m^3$ |
| **CENTRO DE SALUD LLANO VERDE** | TODA LA I.P.S | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 70 m3 |
| **CENTRO DE SALUD MANUELA BELTRÁN** | TODA LA I.P.S | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 20 $m^3$ |
| **CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE** | TODA LA I.P.S | TANQUE BAJO SUBTERRÁNEO | 1 | 20 $m^3$ |
| **CENTRO DE SALUD EL VALLADO** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 2 | 3 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD LAS ORQUIDEAS** | TODA LA I.P.S | TANQUE BAJO SUBTERRANEO | 1 | 10 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD EL VERGEL** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 1 | 1 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD COMUNEROS 2** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 2 | 2 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD LOS NARANJOS** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 1 | 1 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD CHARCO AZUL** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 2 | 2 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD PIZAMOS** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 2 | 2 $m^3$ |
| **PUESTO DE SALUD NAVARRO** | TODA LA I.P.S | TANQUE ALTO EN PLÁSTICO | 2 | 2 $m^3$ |
| **TOTAL** | | | **20** | 334$m^3$ |

- Realizar las tomas Pruebas Microbiológicas antes y después de lavado de cada uno de los tanques y entrega de sus respetivos resultados de laboratorio los cuales deben ser realizadas por un laboratorio acreditado por la ONAC.
- Entregar los resultados obtenidos de los análisis fisicoquímicos y microbiológicos de manera impresa y digital

Por lo anterior, se recomienda a la Gerente de la Red Salud del Oriente E.S.E. Facultada para contratar, acoger la propuesta presentada por el CONTRATISTA **SQUARE INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S** con NIT. 901.439.069-1, para la celebración del presente Contrato.

**Para todos los efectos el presente documento denominado Formato Evaluación de Propuesta se entiende fechado y firmado a través del flujo de aprobaciones del SECOP II**

**COMITÉ EVALUADOR**

**Alejandro Ramírez González**
Rol Técnico

**Asceneth Ballesteros Bastidas**
Rol Financiero

**Laura Holguin Londoño**
Rol Jurídico

Proyectó Aspectos Jurídicos: Laura Holguin Londoño - Profesional agremiada
Revisó: Leonardo Medina Patiño– Responsable Oficina Jurídica