

**CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN**

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a los efectos de **solicitarle prepuesto** para el día **14** de **SEPTIEMBRE** a las **10:00 hs.**, para la contratación del servicio que se detallan a continuación.

Rg	Cant	Artículos y Especificaciones	Precio por Hora	Precio Mensual	Precio Total por 12 meses
01	01	<b>Contratación de Servicio Integral de Limpieza destinado al mantenimiento del Complejo Integral de Salud Comunitaria.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>El mismo incluye <b><u>mano de obra, maquinaria, insumos, elementos de limpieza, ropa de trabajo y Elementos de Protección Personal (EPP)</u></b> necesarios para prestar el servicio.</li><li><b>Cantidad de operarios: cuatro (04)</b></li><li><b>Cantidad de Horas Hombre: 736 horas mensuales</b> distribuidas en la franja horaria de <b>lunes a viernes de 07:00 a 19:00 y sábados de 08:00 a 14:00.</b></li><li><b>Duración del contrato: DOCE (12) meses</b>, reservándose el Estado la posibilidad de <b><u>prórroga automática</u></b> del servicio <b>por un período igual</b> al que se contrate en el presente trámite y <b>en idénticas condiciones, previo acuerdo entre las partes.</b></li><li><b>Ubicación del Complejo:</b> sitio en calle Salvador Caputo s/n (zona Aeropuerto) de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.</li></ul>	\$	\$	\$

**CARACTERISTICAS DEL SERVICIO**

El servicio constará mínimamente con las siguientes tareas:

- Limpieza de pisos
- Limpieza y desinfección de baños
- Limpieza de áreas de consultorios
- Limpieza y desinfección de áreas administrativas
- Limpieza de superficies vidriadas
- Limpieza de espacios de taller
- Traslado de residuos desde los puntos de generación hasta los depósitos finales de residuos comunes y biopatógenicos
- Limpieza de Salón de Usos Múltiples (SUM)
- Otras tareas de limpieza tales como las necesarias por derrames u otros incidentes
- Limpieza de espacios exteriores

**REQUISITOS DEL OFERENTE (Documentación a presentar junto con la oferta):**

- Habilitación vigente de la empresa ante la Municipalidad de Paraná.
- Datos de responsable técnico de la empresa.
- Datos de responsable de Higiene y Seguridad de la empresa.
- Respeto del personal ejecutante de los trabajos a realizar:
  - Competente, con la certificación de las competencias, para las tareas a realizar, mediante constancia avalada por el responsable técnico de la empresa y otras constancias de capacitación.
  - Constancia de cobertura de ART del personal.
- Detalle de equipos, herramientas, útiles, ropa de trabajo, Elementos de Protección Personal (EPP) e insumos, que fueren necesarios, los cuales el oferente tiene que garantizar la provisión.
- Informe de diagnóstico inicial, realizado en base a relevamiento previo del establecimiento.
- Plan de trabajo anual, donde se indique:
  - Procedimiento de trabajo indicando: frecuencia, materiales y métodos, de acuerdo al área.
  - Equipos, herramientas, útiles e insumos y demás elementos a utilizar.
  - Cantidad, listado y carga horaria de personal. Estos trabajadores tendrán que ser autorizado por el responsable del Complejo Integral de Salud Comunitaria, para ingresar al establecimiento.
  - Listado de productos de limpieza utilizados y sus respectivas hojas de seguridad, aprobados por autoridad de aplicación correspondiente.
  - Listado de elementos de protección personal a utilizar, en cada una de las tareas.
  - Medidas preventivas de acuerdo a los riesgos presentes en las tareas a realizar; los habituales en un centro de atención primaria de la salud y específicamente en el marco de la pandemia por la COVID-19.
  - Indicar si requiere la asignación de un local para guardar elementos de limpieza, equipos y útiles.

**TOTAL \$**

**CONSULTAS TÉCNICAS:** Comunicarse con la **Dirección General de Salud Mental**, Tel.: (0343) 420 9610/484 0992, los días hábiles en el horario de 08:00 a 12:00 Hs.-

**INSPECCIÓN PREVIA:** Es **obligatorio** realizar una **visita previa a las instalaciones**, previo a la presentación de la cotización, ya que existen elementos a tener en cuenta para la realización de un correcto presupuesto. Para tal fin, los oferentes deberán comunicarse con el **Sr. Cabrera Fabricio**, Tel.: (0343) 154 197648. El adjudicatario **no tendrá derecho a reclamo posterior alguno** aduciendo desconocimiento del lugar.

**IMPORTANTE:** *El no cumplimiento de alguna de las cláusulas habilita a este Ministerio de Salud a desestimar ofertas o interrumpir el servicio.*

*El Precio Unitario cotizado en cada renglón deberá presentarse con dos (2) dígitos decimales como máximo, en caso de cotizar con más dígitos, se tomarán en cuenta solamente los primeros dos, no realizándose redondeo alguno. Dicho Precio Unitario no podrá subdividirse o unificarse, en caso de existir subdivisión en algún renglón o unificación en dos o más renglones que impidan su comparación, los mismos serán descartados automáticamente sin derecho a reclamo alguno por parte del oferente.*

**Monto Total Cotizado:** PESOS.....

**Lugar de Prestación del Servicio:** Complejo Integral de Salud Comunitaria, sito en calle Salvador Caputo s/n (zona Aeropuerto) de la ciudad de Paraná, Entre Ríos

**El presupuesto deberá contener las siguientes condiciones, de ser posible:**

- A nombre del **Ministerio de Salud – Condición de IVA EXENTO.**
- **Plazo de Mantenimiento de Oferta: VEINTE (20) días hábiles (mínimo).**
- **Plazo de Inicio:** El menor plazo propuesto de inicio, a igualdad de condiciones decidirá la adjudicación. Si no se especificara dicho plazo, se considerará que el mismo es inmediato, entendiéndose por tal **CINCO (05) días hábiles** a partir de la fecha de recibida la Orden de Compra.
- **Coordinación y control del servicio:** A cargo del **Responsable del Complejo**, quien establecerá el cronograma de trabajo (organización y frecuencia de las tareas) que satisfaga las condiciones del pliego, el que será programado de acuerdo a las necesidades y verificará el cumplimiento de los requisitos mínimos, de la ejecución de las tareas, el cumplimiento de horas trabajadas y el control de los productos de limpieza y desinfección utilizados. A dicho responsable se le deberá presentar todos los meses un Informe de Prestación de Servicio, donde conste las horas trabajadas y cualquier novedad sobre el servicio ocurrido en el mes de que se trate, quien deberá aprobarlo.
- **RESPONSABILIDAD SOBRE DAÑOS:** Los desperfectos y/o averías que se produzcan en el inmueble, bienes muebles y/o instalaciones de las dependencias de este Ministerio de Salud, por negligencia, impericia o descuido del adjudicatario y/o del personal de su empresa, serán reparados y/o repuestos a su exclusivo cargo.  
Las reparaciones o reposiciones deberán efectuarse dentro de los plazos que determine la Coordinación de Seguridad e Higiene Laboral en cada oportunidad.  
La responsabilidad de la firma adjudicataria alcanzará a los accidentes que ocurran, en razón de los trabajos contratados, a sus obreros, propiedades o terceras personas, ya sea por culpa directa, por acción de los elementos o por causas eventuales, y estará a su cargo la reparación y/o indemnización del daño producido.
- **Eventuales Problemas con el Servicio:** La firma adjudicataria se compromete a concurrir al Ministerio todas las veces que sea necesario, para notificarse de cualquier tipo de problemas relacionados con el servicio.
- **Forma y Plazo de Pago:** A mes vencido, pagaderos dentro de los **DIEZ (10) días hábiles** de la presentación de la documentación exigida para el cobro: **Informe de Prestación de Servicio, Factura por duplicado y original de la Orden de Compra** sellada en el NUEVO BANCO DE ENTRE RÍOS S.A. (únicamente para la primera vez, las sucesivas en fotocopias), siempre y cuando el servicio haya sido prestado en tiempo y forma, según Acta de Aprobación.
- **Duración del Contrato:** Período de **DOCE (12) meses, reservándose el Estado la posibilidad de prórroga automática del servicio por un período igual al que se contrate en el presente trámite y en idénticas condiciones**, previo acuerdo entre las partes.
- **Contrato de Disolución de Relación:** Previa notificación con **TREINTA (30) días** de anticipación (de la cual puede hacer uso el Estado).
- Los presupuestos deben estar **firmados y sellados por un responsable de la Firma Comercial** en todas sus hojas y ser enviados vía e-mail a **saludcompras@hotmail.com** con el asunto "CONTRATACIÓN DIRECTA POR VÍA DE EXCEPCIÓN – EXPEDIENTE N° 2.528.094" para su mejor identificación.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
DPTO. CONTRATACIONES  
25 de Mayo N° 139 P. Baja (3.100) Paraná – E. Ríos  
Tel.: (0343) 420-9646/422-8382  
E-mail: saludcompras@hotmail.com



  
AGUSTÍN ESTEBAN CAROSINI  
Jefe Departamento Contrataciones  
Dirección General de Administración  
Ministerio de Salud - E. Ríos

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Oferente  
o Representante Legal**

**C.U.I.T N°:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Dejamos constancia que la empresa .....visitó el día ...../09/2.021 el Complejo Integral de Salud Comunitaria, sito en calle Salvador Caputo S/Nº (zona Aeropuerto) de la ciudad de Paraná, tal cual lo dispone la Contratación Directa por Vía de Excepción – Expediente N° 2.528.094.

.....  
Firma y Sello Responsable firma

.....  
Firma y Sello Ministerio de Salud