

	PROCESO FORMATO	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD Acta de entrega de equipos biomédicos																																																																																																																									
Acta No. 196		Fecha: 29/08/2020																																																																																																																									
En la ciudad de Maicao en las instalaciones de la ESE Hospital San Jose, se reunieron los que al final de la presenta acta firman, para realizar entrega y recepción a la Secretaria departamental de la Guajira mediante la Resolución anexa a la presente acta. La entidad beneficiaria cuenta/compromete a garantizar las siguientes condiciones para la entrega y recibo de los monitores de signos vitales: 1. Realizar las adecuaciones locativas que se requieran para poner en funcionamiento los ventiladores entregados: La Secretaria departamental de la Guajira, se compromete a gestionar y garantizar con la IPS correspondiente las preinstalaciones necesarias para la puesta en funcionamiento de los equipos y de igual manera garantizar que las mismas esten dispuestas de manera oportuna respecto de: red eléctrica. 2. Incluir los monitores de signos vitales en la póliza de seguro correspondiente: La Secretaria departamental de la Guajira se compromete a incluir los equipos en el inventario de activos fijos de la institución. 3. Adelantar las acciones de mantenimiento preventivo y correctivo necesarias de acuerdo con la hoja de vida de los equipos recibidos: La Secretaria departamental de la Guajira se compromete a gestionar y garantizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo una vez finalice el periodo de garantia del proveedor y a notificar las solicitudes de atención de correctivos de manera oportuna y por lo canales suministrados por el proveedor mientras la garantia este vigente. 4. Incorporar en su inventario los monitores de ventiladoress que reciba: La Secretaria departamental de la Guajira se compromete a adelantar las actividades necesarias para incluir los (9) nueve equipos relacionados en la presente acta al invetario de activos fijos de la institución. 5. Realizar recibo de los equipos: La Secretaria departamental de la Guajira, con la firma de la presente acta da por recibido los equipos que en ella se relacionan, como se detalla a continuación: 5.1. Especificaciones técnicas a verificar previo a la instalación: Marca / Modelo: CAREFUSION/ VELA COMPREHENSIVE <table><thead><tr><th>Especificaciones técnicas mínimas</th><th>Cumple</th><th>No Cumple</th><th>Observaciones</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Equipo para uso adulto / pediatrico.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. Pantalla interconstruida</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.1. Tecnologia LCD o TFT</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.2. A color</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.3. Tamaño minimo 8"</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. Control de parametros de :</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.1 Volumen corriente que cubra el rango de 50 o menor a 2000mL o mayor.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.2. Frecuencia respiratoria quecubra un rango de 1 a 80 respiraciones por minuto o mayor.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.3. PEEP/CPAP que cubra el rango de 1 a 35 cmH2O o mayor.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.4 Presion inspiratoria que cubra el rango de 5 o menor a 60 cmH2O o mayor</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.5 FiO2 que cubra el rango de 21 a 100%.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.6 Mecanismo de disparo por flujo y/o por presion</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.7 Sensibilidad espiratoria.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.8. Sensibilidad inspiratoria o trigger.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.9 Presion soporte (PSV). Presion asistida quecubra el rango de 0 a 50 cm H2O o mayor.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.10 Tiempo inspiatorio que cubra de 0.3 o menor a 5 segundos.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.11. Ajuste de rampa de presion, retardo inspiratorio, rampa.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.12 Incremento 100% de O2 de 2 min o mayor.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.13 Flujo inspiratorio qe cubra el rango de 10 a 100 L/min o mayor.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.14 Flujo base, continuo o CPAP</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.15 Con opcion de pausa inspiratoria.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.16 Con opcion de pausa espiratoria.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.Caracteristicas generales.</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.1 Mezclador de aire - oxigeno interno.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.2 Monitoreo de FiO2 interno o integrado.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.3 Sensor de Flujo</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.4 Con sistema de compensacion de fugas</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.5 Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.6. Generacion de aire mediante sistema de turbina de alto flujo(opcional)</td><td>X</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				Especificaciones técnicas mínimas	Cumple	No Cumple	Observaciones	1. Equipo para uso adulto / pediatrico.	X			2. Pantalla interconstruida	X			2.1. Tecnologia LCD o TFT	X			2.2. A color	X			2.3. Tamaño minimo 8"	X			3. Control de parametros de :				3.1 Volumen corriente que cubra el rango de 50 o menor a 2000mL o mayor.	X			3.2. Frecuencia respiratoria quecubra un rango de 1 a 80 respiraciones por minuto o mayor.	X			3.3. PEEP/CPAP que cubra el rango de 1 a 35 cmH2O o mayor.	X			3.4 Presion inspiratoria que cubra el rango de 5 o menor a 60 cmH2O o mayor	X			3.5 FiO2 que cubra el rango de 21 a 100%.	X			3.6 Mecanismo de disparo por flujo y/o por presion	X			3.7 Sensibilidad espiratoria.	X			3.8. Sensibilidad inspiratoria o trigger.	X			3.9 Presion soporte (PSV). Presion asistida quecubra el rango de 0 a 50 cm H2O o mayor.	X			3.10 Tiempo inspiatorio que cubra de 0.3 o menor a 5 segundos.	X			3.11. Ajuste de rampa de presion, retardo inspiratorio, rampa.	X			3.12 Incremento 100% de O2 de 2 min o mayor.	X			3.13 Flujo inspiratorio qe cubra el rango de 10 a 100 L/min o mayor.	X			3.14 Flujo base, continuo o CPAP	X			3.15 Con opcion de pausa inspiratoria.	X			3.16 Con opcion de pausa espiratoria.	X			4.Caracteristicas generales.				4.1 Mezclador de aire - oxigeno interno.	X			4.2 Monitoreo de FiO2 interno o integrado.	X			4.3 Sensor de Flujo	X			4.4 Con sistema de compensacion de fugas	X			4.5 Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español	X			4.6. Generacion de aire mediante sistema de turbina de alto flujo(opcional)	X		
Especificaciones técnicas mínimas	Cumple	No Cumple	Observaciones																																																																																																																								
1. Equipo para uso adulto / pediatrico.	X																																																																																																																										
2. Pantalla interconstruida	X																																																																																																																										
2.1. Tecnologia LCD o TFT	X																																																																																																																										
2.2. A color	X																																																																																																																										
2.3. Tamaño minimo 8"	X																																																																																																																										
3. Control de parametros de :																																																																																																																											
3.1 Volumen corriente que cubra el rango de 50 o menor a 2000mL o mayor.	X																																																																																																																										
3.2. Frecuencia respiratoria quecubra un rango de 1 a 80 respiraciones por minuto o mayor.	X																																																																																																																										
3.3. PEEP/CPAP que cubra el rango de 1 a 35 cmH2O o mayor.	X																																																																																																																										
3.4 Presion inspiratoria que cubra el rango de 5 o menor a 60 cmH2O o mayor	X																																																																																																																										
3.5 FiO2 que cubra el rango de 21 a 100%.	X																																																																																																																										
3.6 Mecanismo de disparo por flujo y/o por presion	X																																																																																																																										
3.7 Sensibilidad espiratoria.	X																																																																																																																										
3.8. Sensibilidad inspiratoria o trigger.	X																																																																																																																										
3.9 Presion soporte (PSV). Presion asistida quecubra el rango de 0 a 50 cm H2O o mayor.	X																																																																																																																										
3.10 Tiempo inspiatorio que cubra de 0.3 o menor a 5 segundos.	X																																																																																																																										
3.11. Ajuste de rampa de presion, retardo inspiratorio, rampa.	X																																																																																																																										
3.12 Incremento 100% de O2 de 2 min o mayor.	X																																																																																																																										
3.13 Flujo inspiratorio qe cubra el rango de 10 a 100 L/min o mayor.	X																																																																																																																										
3.14 Flujo base, continuo o CPAP	X																																																																																																																										
3.15 Con opcion de pausa inspiratoria.	X																																																																																																																										
3.16 Con opcion de pausa espiratoria.	X																																																																																																																										
4.Caracteristicas generales.																																																																																																																											
4.1 Mezclador de aire - oxigeno interno.	X																																																																																																																										
4.2 Monitoreo de FiO2 interno o integrado.	X																																																																																																																										
4.3 Sensor de Flujo	X																																																																																																																										
4.4 Con sistema de compensacion de fugas	X																																																																																																																										
4.5 Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español	X																																																																																																																										
4.6. Generacion de aire mediante sistema de turbina de alto flujo(opcional)	X																																																																																																																										

Acta No.	Fecha:
-----------------	---------------

5. Que permita monitorizar las siguientes parámetros:			
5.1 Presión inspiratoria pico		X	
5.2 Presión media en vías aéreas		X	
5.3 Presión de meseta		X	
5.4 PEEP y/o Auto PEEP		X	
5.5 Frecuencia respiratoria		X	
5.6 Volumen minuto		X	
5.7 Relación I:E		X	
5.8 Volumen corriente ajustado		X	
5.9 FiO2		X	
5.10 Distensibilidad		X	
5.11 Resistencia		X	
5.12 Desplazamiento de al menos 2 de los tres curvas de ventilación de forma simultánea: presión/volumen y volumen/tiempo		X	TIENE LAS TRES GRAFICAS
5.13 Desplazamiento de curvas que incluya presión/volumen (opcional)		X	
5.14 Monitoreo capnografía CO2 (opcional)		X	
5.15 Capacidad de almacenar eventos relacionados con los parámetros ventilatorios seleccionados y tendencias al menos de 24 horas		X	
6. Modos ventilatorios:			
6.1 Modos convencionales en presión y volumen		X	
6.2 Ventilación Asistida/Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por volumen		X	
6.3 Ventilación Asistida/Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por presión		X	
6.4 Ventilación espontánea: presión positiva (CPAP)		X	
6.5 Ventilación no invasiva		X	
6.6 Ventilación en dos niveles de presión: BiPAP o BiLevel o DuoPAP		X	
6.7 Respuesta en caso de apnea de acuerdo al modo ventilatorio, por volumen o presión		X	
7. Alarmas:			
7.1 Audibles y visuales ajustables		X	
7.2 Presión inspiratoria alta y baja		X	
7.3 PEEP bajo		X	
7.4 Apnea		X	
7.5 Volumen minuto y/o consumo (alta y baja)		X	
7.6 Frecuencia respiratoria alta		X	
7.7 FiO2 alta y baja		X	
7.8 Faltas en el suministro de gases		X	
7.9 Faltas en la alimentación eléctrica		X	
7.10 Batería baja		X	
7.11 Faltas del ventilador		X	
7.12 Silencio de alarmas		X	
8. Batería recargable de respaldo con autonomía de mínimo una (1) hora		X	
9. Requerimiento eléctrico 110 Vol +/- 10% 60 Hz con cable grado hospitalario		X	
Accesorios y consumibles incluidos:			
Un (1) brazo soporte para circuito de paciente (opcional)		X	
Una (1) base rodante para el equipo con sistema de freno en al menos dos ruedas		X	
Un (1) kit de mangueras para suministro de gases medicinales		X	
Un (1) regulador de presión (presurizado de 40 a 60 PSI) para el suministro de oxígeno desde un cilindro		X	SOLO CARGANDO
() circuitos de paciente adulto		X	INTERNO
() filtros antibacterianos de alta eficiencia		X	

5.3. Verificación de equipos y accesorios:

No.	Marca	Modelo	No. Serie	Partes / Accesorios incluidos en la oferta
1	CAREFUSION	VELA COMPREHENSIVE	CTA04598- CTA04298- CTA03240- CTA04633- CAT04537	☒ Brazo soporte para circuito de paciente ☒ Base rodante para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas ☒ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales ☒ Cable de poder AC ☒ Circuito de ventilación ☒ Filtro antibacteriano
2	CAREFUSION	VELA COMPREHENSIVE	CTA04734- CAT04616- CAT03219- CAT04580	☒ Brazo soporte para circuito de paciente ☒ Base rodante para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas ☒ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales ☒ Cable de poder AC ☒ Circuito de ventilación ☒ Filtro antibacteriano

Acta No. _____ Fecha: _____

5.4. Verificación de entrega de documentos

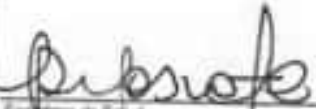
No.	Marca	Modelo	No. Serie	Documentos	
1	CAREFUSION	VELA COMPREHENSIVE	CTA04596- CTA04298- CTA03249- CTA04633- CAT04537	☐ Hoja de vida	☐ Manual de operación/usuario
				☐ Copia Permiso Comercialización	☐ Manual mantenimiento/servicio
				☐ Cronograma mant. Preventivo	☐ Diagrama de partes
				☐ Registro capacitación	☐ Guía rápida de funcionamiento
				☐ Registro instalación	☐ Lista de chequeo para rfto preventivo
				☐ Manual/Lista de instalación	☐ Guía de limpieza y desinfección
				☐ Copia de la Declaración de Importación	☐ Carta de garantía y contacto de serv. técnico
				☐ Hoja de vida	☐ Manual de operación/usuario
				☐ Copia Permiso Comercialización	☐ Manual mantenimiento/servicio
				☐ Cronograma mant. Preventivo	☐ Diagrama de partes
2	CAREFUSION	VELA COMPREHENSIVE	CTA04734- CAT04616- CAT03219- CAT04560	☐ Registro capacitación	☐ Guía rápida de funcionamiento
				☐ Registro instalación	☐ Lista de chequeo para rfto preventivo
				☐ Manual/Lista de instalación	☐ Guía de limpieza y desinfección
				☐ Copia de la Declaración de Importación	☐ Carta de garantía y contacto de serv. técnico
				☐ Hoja de vida	☐ Manual de operación/usuario
				☐ Copia Permiso Comercialización	☐ Manual mantenimiento/servicio
				☐ Cronograma mant. Preventivo	☐ Diagrama de partes
				☐ Registro capacitación	☐ Guía rápida de funcionamiento
				☐ Registro instalación	☐ Lista de chequeo para rfto preventivo
				☐ Manual/Lista de instalación	☐ Guía de limpieza y desinfección

De acuerdo a lo evidenciado y registrado en el acta se formaliza el proceso de verificación de transporte, entrega, instalación, puesta en funcionamiento y entrenamiento de cada uno de los equipos relacionados a la Secretaría de Salud Departamental de la Guajira. Adicionalmente, se verificó el cumplimiento de todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas que hacen parte del concepto técnico emitido el (28) de (marzo) de (2020), sobre los ventiladores marca CAREFUSION, modelo VELA COMPREHENSIVE.

Nota 1: La totalidad de los equipos (9) _____, quedaron en custodia (instalados y puestos en funcionamiento) en la IPS _____ ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO.

Nota 2: Así mismo la IPS notificará al proveedor y al interventor cualquier posible falla con los equipos de la presente acta, dicho reporte será a cargo de, responsable del área biomédica de la institución quien reportará al ingeniero, interventor designado para este acta y al correo reportar@ungrd.unib.edu.co

OBSERVACIONES: SE RECIVEN EN TOTAL 9 EQUIPOS. UNO DE ELLOS PRESENTO PROBLEMAS DE FUGAS. SE REQUIERE A BOGOTÁ A LA EMPRESA REPRESENTANTE PARA REPARACION. EL PROVEEDOR SE COMPROMETE A DEVOLVERLO EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE.


 Secretario de Salud
 Nombre: **Roxed Monte**
 Cedula: **32227968 / Bogotá**


 Gerente IPS
 Nombre: **Giovanni Salazar**
 Cedula: **7174352 / Bogotá**


 Ingeniero Biomédico
 Nombre: **Feidy Tufano**
 Cedula: **60675511 / Bga**

PROVEEDOR INSTRUMENTACIÓN
 Nombre: **Fernando Ramirez**
 Cedula: **79381411**

Universidad Manuela Beltrán
 Nombre: **Andrés Sotobarría**
 Cedula: **71692517**

Vo Bo: **Samuel García de Vargas**
 Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria
 Supervisor contrato

Vo Bo: **Juan Carlos Garzon Mora**
 Coordinador Apoyo Gestión Territorial
 Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
 Supervisor contrato

ACTA ACLARATORIA No. UMB-MSPS-ACL-INSTRUMENTACIÓN S.A.-0002

FECHA ACTA INICIAL	29/08/2020
LUGAR DE INSTALACION	ESE HOSPITAL SAN JOSE

“Por medio de la cual se garantiza el acceso a la información de interventoría correspondiente del acta de instalación de equipos biomédicos en el marco del contrato de prestación de servicios No. 5577-MECOVID-19-595-2020”

El coordinador Técnico de interventoría ejecutada por la Universidad Manuela Beltrán a los contratos suscritos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad Nacional para la gestión del Riesgo de Desastres UNGRD, en atención de la verificación de calidad de las actas por medio de las cuales se reporta la entrega de los equipos biomédicos para atender la pandemia COVID-19, se permite emitir la presente acta aclaratoria, en garantía del acceso a la información clara y objetiva de los procesos de aceptación de entrega a satisfacción de equipos tipo **Ventiladores** marca **Carefusion / Vela** así:

DESCRIPCIÓN DEL ACTA PRINCIPAL

El siguiente cuadro relaciona la información correspondiente al acta de entrega firmada en **ESE Hospital San Jose de Maicao**, en donde fueron entregados **(9) Nueve** equipos biomédicos correspondientes a **Ventilador**, misma que será objeto de aclaración por el presente documento y cuya información verídica y soportada corresponde a los siguientes datos:

Item	Contenido en el Acta	No contenido en el Acta	Informacion Aclaratoria
Numero de Acta	X	-	101
Fecha de Concepto Técnico	-	-	-
Nombre de Representante de ente Gubernamental de Salud	-	-	-
Número de Cedula	-	-	-
Nombre de Gerente de IPS	-	-	-
Número de Cedula	-	-	-
Nombre de Ingeniero Biomédico de IPS	-	-	-
Número de Cedula	-	-	-
Nombre de Representante de Proveedor	-	-	-
Número de Cedula	-	-	-
Nombre de Interventor Biomedico	-	-	-
Número de Cedula	-	-	-

Nombre IPS Beneficiaria	-	-	-
Nombre Ente Gubernamental	-	-	-
Nombre Proveedor	-	-	-
Información Técnica de los Equipos			
Item a Corregir	Equipo	Modelo	Item Corregido
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
*La información aquí contenida es aclaratoria y se diligencia en concordancia con errores de digitacion o no legibilidad del documento principal			
Observaciones			
Ninguna.			

El presente documento se expide en atención de las facultades otorgadas a la Universidad Manuela Beltrán por medio del contrato de prestación de servicios No. 5577-MECOVID-19-595-2020, atendiendo además las disposiciones relativas a la modificación de errores formales contenidas en el artículo 45 de la ley 1437 de 2011, y se concibe como parte integral del acta original objeto de aclaración

Emitido el 08 del mes de Noviembre del año 2020.

Cordialmente,



FREDDY ALEXANDER BARBOSA JAIMES
Coordinador Técnico de Interventoría
Universidad Manuela Beltrán
Proyectó: SFigueroa