# ACTA ACLARATORIA No. 2- UMB-MSPS-ACL – QUIRURGIL S.A.S -0112

| | |
|---|---|
| ***FECHA ACTA INICIAL*** | ***06 / 08 / 2020*** |
| ***LUGAR DE INSTALACION*** | ***ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA*** |

"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 S.A 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 pandémica 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 **Ventilador** marca **Aeonmed / VG70** así:

## DESCRIPCIÓN DEL ACTA PRINCIPAL

El siguiente cuadro relaciona la información correspondiente al acta de entrega firmada en **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA**, en donde fueron entregados (**3**) **Tres**, 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:

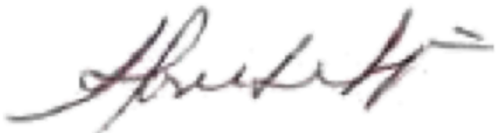
| Item | Contenido en el Acta | No contenido en el Acta | Informacion Aclaratoria |
|---|---|---|---|
| Numero de Acta | - | X | 252 |
| | | | |
| Fecha de Concepto Técnico | | | |
| | | | |
| Nombre de Representante de ente Gubernamental de Salud | | | |
| Número de Cedula | | | |
| | | | |
| Nombre 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 Interventeor Biomedico | | | |
| Número de Cedula | | | |
| | | | |
| Nombre IPS Beneficiaria | | X | Ese Hospital Universitario Del Valle Evaristo García |
| Nombre Ente Gubernamental | | | |
| Nombre Proveedor | | | |
| | | | |

| Información Técnica de los Equipos | | | |
|---|---|---|---|
| Item a Corregir | Equipo | Modelo | Item Corregido |
| | | | |
| *La información aquí contenida es aclaratotia 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 25 del mes de Octubre del año 2021.

Cordialmente,



**GLORIA LUCIA OSPINA SORZANO**
Gerente proyecto de interventoría UMB – UNGRD – 595 – 2020
Universidad Manuela Beltrán

| | PROCESO | GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD | UNGRD |
|---|---|---|---|
| | FORMATO | *Acta de entrega de equipos biomédicos* | |

| Acta No. | Fecha: 06 de Agosto de 2020 |
|---|---|

En la ciudad de **Cali** , se reunieron los que al final de la presenta acta firman, para realizar entrega y recepción a la **Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca** 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 ventiladores:

**1. Realizar las adecuaciones locativas que se requieran para poner en funcionamiento los ventiladores entregados:**

La **Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca**, 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, gases medicinales, temperatura y humedad relativa.

**2. Incluir los ventiladores en la póliza de seguro correspondiente:**

La **Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca** 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 de Salud Departamental del Valle del Cauca** 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 ventiladores que reciba:**

La **Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca** se compromete a adelantar las actividades necesarias para inlcuir los (3) tres equipos relacionados en la presente acta al invetario de activos fijos de la institución.

**5. Realizar recibo de los equipos:**

La **Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca**, 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: **Aeonmed VG70**

| Especificaciones técnicas mínimas | Cumple | No Cumple | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1. Equipo para uso adulto/pediátrico. | / | | |
| 2. Pantalla interconstruida: | | | |
| 2.1 Tecnologia LCD o TFT | / | | |
| 2.2 A color | / | | |
| 2.3 Tamaño mínimo 8" | / | | |
| 3. Control de parámetros de: | | | |
| 3.1 Volumen corriente que cubra el rango de 50 o menor a 2000 mL o mayor. | / | | |
| 3.2. Frecuencia respiratoria que cubra el rango de 1 a 80 respiraciones por minuto o mayor | / | | |
| 3.3. PEEP/CPAP que cubra el rango de 1 a 35 cmH2O o mayor | / | | |
| 3.4. Presión inspiratoria que cubra el rango de 5 o menor a 60 cmH2O o mayor. | / | | |
| 3.5. FiO2 que cubra el rango de 21 a 100% | / | | |
| 3.6. Mecanismo de disparo por flujo y/o por presión. | / | | |
| 3.7. Sensibilidad espiratoria. | / | | |
| 3.8. Sensibilidad inspiratoria o triger | / | | |
| 3.9. Presión soporte (PSV), presión asistida que cubra el rango de 0 a 50 cm H2O o mayor. | / | | |
| 3.10. Tiempo inspiratorio que cubra el rango de 0.3 o menor a 5 segundos. | / | | |
| 3.11. Ajuste de rampa de presión, retardo inspiratorio, rampa | / | | |
| 3.12. Incremento 100% de O2 de 2 min o mayor | / | | |
| 3.13. Flujo inspiratorio que cubra el rango de 10 a 100 L/min o mayor. | / | | |
| 3.14. Flujo base, continuo o CPAP. | / | | |
| 3.15. Con opción de pausa inspiratoria | / | | |
| 3.16. Con opción de pausa espiratoria | / | | |



Escaneado con CamScanner

| Acta No. | Fecha: 06 de Agosto de 2020 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **4. Caracteristicas generales:** | | | |
| 4.1 Mezclador de aire - oxigeno interno. | / | | |
| 4.2 Monitoreo de FiO2 interno o integrado. | / | | |
| 4.3 Sensor de flujo. | / | | |
| 4.4 Con sistema de compensación de fugas | / | | |
| 4.5. Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español | / | | |
| 4.6. Generación de aire mediante sistema de turbina de alto flujo (opcional) | / | | |
| **5. Que permita monitorizar los siguientes parámetros:** | | | |
| 5.1 Presión inspiratoria pico. | / | | |
| 5.2 Presión media en vías aéreas. | / | | |
| 5.3 Presión de meseta. | / | | |
| 5.4 PEEP y/o Auto PEEP | / | | |
| 5.5 Frecuencia respiratoria. | / | | |
| 5.6 Volumen minuto. | / | | |
| 5.7 Relación I:E. | / | | |
| 5.8 Volumen corriente exhalado. | / | | |
| 5.9 FiO2 | / | | |
| 5.10 Distensibilidad. | / | | |
| 5.11 Resistencia. | / | | |
| 5.12 Despliegue de al menos 2 de las tres curvas de ventilación de forma simultanea: presión/tiempo, flujo/tiempo y volumen/tiempo | / | | |
| 5.13. Despliegue de bucles que incluya presión/volumen (opcional) | / | | |
| 5.14. Monitoreo capnografia CO2 (opcional) | / | | |
| 5.13 Capacidad de almacenar eventos relacionados con los parámetros ventilatorios seleccionados y tendencias al menos de 24 horas. | / | | |
| **6. Modos ventilatorios:** | | | |
| 6.1 Modos convencionales en presión y volumen. | / | | |
| 6.2 Ventilación Asisto /Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por volumen. | / | | |
| 6.3 Ventilación Asisto/Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por presión. | / | | |
| 6.4 Ventilación espontanea: presión soporte/CPAP. | / | | |
| 6.5 Ventilación no invasiva. | / | | |
| 6.6 Ventilación en dos niveles de presión BIPAP o BILEVEL o DUOPAP | / | | |
| 6.7 Respaldo en caso de apnea de acuerdo al modo ventilatorio, por volumen o presión. | / | | |
| **7. Alarmas:** | | | |
| 7.1. Audibles y visuales ajustables. | / | | |
| 7.2 Presión inspiratoria alta y baja. | / | | |
| 7.3 PEEP bajo. | / | | |
| 7.4 Apnea. | / | | |
| 7.5 Volumen minuto y/o corriente (alto y bajo). | / | | |
| 7.6 Frecuencia respiratoria alta. | / | | |
| 7.7 FiO2 alta y baja. | / | | |
| 7.8 Falla en el suministro de gases. | / | | |
| 7.9 Falla en la alimentación electrica. | / | | |
| 7.10 Batería baja. | / | | |
| 7.11 Falla del ventilador. | / | | |
| 7.12 Silencio de alarmas. | / | | |
| **8. Batería recargable de respaldo con automomía de mínimo una (1) hora** | / | | |
| **9. Requerimiento eléctrico 110 Vol +/- 10% /60 Hz con cable grado hospitalario** | / | | |
| **Accesorios y consumibles incluidos:** | | | |
| Un (1) brazo soporte para circuito de paciente (opcional). | / | | |
| Una (1) base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos dos ruedas. | / | | |
| Un (1) kit de mangueras para suministro de gases medicinales. | / | | |



Escaneado con CamScanner

| | PROCESO | GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD | UNGRD |
|---|---|---|---|
| | FORMATO | *Acta de entrega de equipos biomédicos* | |

| Acta No. | Fecha: 06 de Agosto de 2020 |
|---|---|

**5.3. Verificación de equipos y accesorios:**

| No. | Marca | Modelo | No. Serie | Partes / Accesorios Incluidos en la oferta |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Aeomed | VG-70 | VG70(4)X225 33555 | ☑ Brazo soporte para circuito de paciente<br>☑ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas<br>☑ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales<br>☑ Cable de poder AC<br>☑ Circuito de ventilación<br>☑ Filtro antibacteriano |
| 2 | Aeomed | VG-70 | VG70(4)X225 30422 | ☑ Brazo soporte para circuito de paciente<br>☑ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas<br>☑ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales<br>☑ Cable de poder AC<br>☑ Circuito de ventilación<br>☑ Filtro antibacteriano |
| 3 | Aeomed | VG-70 | VG70(4)X225 33737 | ☑ Brazo soporte para circuito de paciente<br>☑ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas<br>☑ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales<br>☑ Cable de poder AC<br>☑ Circuito de ventilación<br>☑ Filtro antibacteriano |
| 4 | / | / | / | ☐ Brazo soporte para circuito de paciente<br>☐ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas<br>☐ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales<br>☐ Cable de poder AC<br>☐ Circuito de ventilación<br>☐ Filtro antibacteriano |
| 5 | / | / | / | ☐ Brazo soporte para circuito de paciente<br>☐ Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas<br>☐ Kit de mangueras para suministro de gases medicinales<br>☐ Cable de poder AC<br>☐ Circuito de ventilación<br>☐ Filtro antibacteriano |

**5.4. Verificación de entrega de documentos**

| No. | Marca | Modelo | No. Serie | Documentos | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Aeomed | VG-70 | VG70(4)X225 33555 | ☑ Hoja de vida<br>☑ Copia Permiso Comercialización<br>☑ Cronograma mant. Preventivo<br>☑ Registro capacitación<br>☑ Registro instalación<br>☑ Manual/guía de instalación<br>☑ Copia de la Declaracion de Importación | ☑ Manual de operación/usuario<br>☑ Manual mantenimiento/servicio<br>☑ Diagrama de partes<br>☑ Guía rápida de funcionamiento<br>☑ Lista de chequeo para mtto preventivo<br>☑ Guía de limpieza y desinfección<br>☑ Carta de garantía y contacto de serv. técnico |



Escaneado con CamScanner

| | PROCESO | GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD | UNGRD |
|---|---|---|---|
| | FORMATO | *Acta de entrega de equipos biomédicos* | |

**Acta No.** | **Fecha:** 06 de Agosto de 2020

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Aeomed | VG-70 | VG70(U)X225' 30422 | ☑ Hoja de vida<br>☑ Copia Permiso Comercialización<br>☑ Cronograma mant. Preventivo<br>☑ Registro capacitación<br>☑ Registro instalación<br>☑ Manual/guia de instalación<br>☑ Copia de la Declaracion de Importación | ☑ Manual de operación/usuario<br>☑ Manual mantenimiento/servicio<br>☑ Diagrama de partes<br>☑ Guia rápida de funcionamiento<br>☑ Lista de chequeo para mtto preventivo<br>☑ Guia de limpieza y desinfección<br>☑ Carta de garantia y contacto de serv. técnico |
| 3 | Aeomed | VG-70 | VG70(U)X225' 33737 | ☑ Hoja de vida<br>☑ Copia Permiso Comercialización<br>☑ Cronograma mant. Preventivo<br>☑ Registro capacitación<br>☑ Registro instalación<br>☑ Manual/guia de instalación<br>☑ Copia de la Declaracion de Importación | ☑ Manual de operación/usuario<br>☑ Manual mantenimiento/servicio<br>☑ Diagrama de partes<br>☑ Guia rápida de funcionamiento<br>☑ Lista de chequeo para mtto preventivo<br>☑ Guia de limpieza y desinfección<br>☑ Carta de garantia y contacto de serv. técnico |
| 4 | / | / | / | ☐ Hoja de vida<br>☐ Copia Permiso Comercialización<br>☐ Cronograma mant. Preventivo<br>☐ Registro capacitación<br>☐ Registro instalación<br>☐ Manual/guia de instalación<br>☐ Copia de la Declaracion de Importación | ☐ Manual de operación/usuario<br>☐ Manual mantenimiento/servicio<br>☐ Diagrama de partes<br>☐ Guia rápida de funcionamiento<br>☐ Lista de chequeo para mtto preventivo<br>☐ Guia de limpieza y desinfección<br>☐ Carta de garantia y contacto de serv. técnico |
| 5 | / | / | / | ☐ Hoja de vida<br>☐ Copia Permiso Comercialización<br>☐ Cronograma mant. Preventivo<br>☐ Registro capacitación<br>☐ Registro instalación<br>☐ Manual/guia de instalación<br>☐ Copia de la Declaracion de Importación | ☐ Manual de operación/usuario<br>☐ Manual mantenimiento/servicio<br>☐ Diagrama de partes<br>☐ Guia rápida de funcionamiento<br>☐ Lista de chequeo para mtto preventivo<br>☐ Guia de limpieza y desinfección<br>☐ Carta de garantia y contacto de serv. técnico |

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 **Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca**.

Adicionalmente, se verificó el cumplimiento de todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas que hacen parte del concepto técnico emitido el (06) de (Agosto) de (2020), sobre los ventiladores **marca AEONMED, modelo VG70**.

Nota: La totalidad de los equipos (3) tres, quedaron en custodia (instalados y puestos en funcionamiento) de **en las IPS que la Secretaria de Salud Departamental indicó.**

**Observaciones**:



Escaneado con CamScanner

FORMATO

Acta de entrega de equipos biomédicos

Acta No.

Fecha: 06 de Agosto de 2023

Secretaría de Salud
Nombre Delegado
Cedula

Gerente IP3
Nombre
Cedula

Ingenieros Biomédicos
Nombre Juan Sebastian Gonzalez
Cedula 1.144.193.042

PROVEEDOR
Nombre John German
Cedula 1.032.410.335

Universidad Manuela Beltrán
Nombre Juliana Cuesta Vargas
Cedula 1.053.937.640

Vo.Bo Samuel Garcia de Vargas
Director de Prestacion 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

Escaneado con CamScanner

# ACTA ACLARATORIA No. UMB-MSPS-ACL- QUIRURGIL S.A.S.- 0112

| | |
|---|---|
| ***FECHA ACTA INICIAL*** | ***06/08/2020*** |
| ***LUGAR DE INSTALACION*** | ***ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GAVIRIA*** |

"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 pandémica 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 **Aeonmed / VG70** así:

## DESCRIPCIÓN DEL ACTA PRINCIPAL

El siguiente cuadro relaciona la información correspondiente al acta de entrega firmada en **ESE Hospital Universitario del Valle Evaristo Gaviria,** en donde fueron entregados **(3) Tres** 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 | 252 |
| | | | |
| Fecha de Concepto Técnico | X | - | 03 de Abril de 2020 |
| | | | |
| Nombre de Representante de ente Gubernamental de Salud | - | X | Alex Herney Carabali Araujo |
| Número de Cedula | - | X | 14.623.493 |
| | | | |
| Nombre de Gerente de IPS | - | X | Irne Torres Castro |
| Número de Cedula | - | X | 16.497.274 |
| | | | |
| 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** | - | X | Quirurgil S.A |

| **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*