La salud es de todos Minsalud	PROCESO	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD
	FORMATO	*Acta de entrega de equipos biomédicos*

Acta No.	**Fecha:** *20 de Agosto de 2020*

En la ciudad y/o municipio de ___PACHO____,**en la IPS**_____ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO____ se reunieron los que al final de la presente acta firman, para realizar entrega y recepción a la **Secretaria de salud** __**DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA**_____ 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 DE CUNDINAMARCA**____, 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 Secretariade de salud _**DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA**___ 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 DE CUNDINAMARCA**____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 DE CUNDINAMARCA**_____se compromete a adelantar las actividades necesarias para inlcuir los (_____**2**_____) ___**DOS**_____ 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 DE CUNDINAMARCA**____, 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 minimas	Cumple	No Cumple	Observaciones
1. Equipo para uso adulto/pediátrico.	X		ADULTO Y PEDIATRICO
2. Pantalla interconstruida:	X		
2.1 Tecnologia LCD o TFT	X		TFT
2.2 A color	X		
2.3 Tamaño minimo 8"	X		12"
3. Control de parámetros de:			
3.1 Volumen corriente que cubra el rango de 50 o menor a 2000 mL o mayor.	X		
3.2. Frecuencia respiratoria que cubra el 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. Presión 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		

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos Minsalud	PROCESO	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD
	FORMATO	*Acta de entrega de equipos biomédicos*

Acta No.	**Fecha:**	*20 de Agosto de 2020*

3.6. Mecanismo de disparo por flujo y/o por presión.	X		
3.7. Sensibilidad espiratoria.	X		
3.8. Sensibilidad inspiratoria o triger	X		
3.9. Presión soporte (PSV), presión asistida que cubra el rango de 0 a 50 cm H2O o mayor.	X		
3.10. Tiempo inspiratorio que cubra el rango de 0.3 o menor a 5 segundos.	X		
3.11. Ajuste de rampa de presión, retardo inspiratorio, rampa	X		
3.12. Incremento 100% de O2 de 2 min o mayor	X		
3.13. Flujo inspiratorio que cubra el rango de 10 a 100 L/min o mayor.	X		
3.14. Flujo base, continuo o CPAP.	X		
3.15. Con opción de pausa inspiratoria	X		
3.16. Con opción 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 compensación de fugas	X		
4.5. Despliegues en pantalla y panel de control en idioma español	X		
4.6. Generación de aire mediante sistema de turbina de alto flujo (opcional)	X		TURBINA
5. Que permita monitorizar los 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 exhalado.	X		
5.9 FiO2	X		
5.10 Distensibilidad.	X		
5.11 Resistencia.	X		
5.12 Despliegue de al menos 2 de las tres curvas de ventilación de forma simultanea: presión/tiempo, flujo/tiempo y volumen/tiempo	X		
5.13. Despliegue de bucles que incluya presión/volumen (opcional)	X		
5.14. Monitoreo capnografia CO2 (opcional)		X	ES OPCIONAL
5.13 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 Asisto /Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por volumen.	X		
6.3 Ventilación Asisto/Controlada y ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) controlada por presión.	X		
6.4 Ventilación espontanea: presión soporte/CPAP.	X		
6.5 Ventilación no invasiva.	X		
6.6 Ventilación en dos niveles de presión BIPAP o BILEVEL o DUOPAP	X		
6.7 Respaldo 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		

Escaneado con CamScanner

Acta No.	**Fecha:**	*20 de Agosto de 2020*

7.4 Apnea.	X		
7.5 Volumen minuto y/o corriente (alto y bajo).	X		
7.6 Frecuencia respiratoria alta.	X		
7.7 FiO2 alta y baja.	X		
7.8 Falla en el suministro de gases.	X		
7.9 Falla en la alimentación electrica.	X		
7.10 Bateria baja.	X		
7.11 Falla del ventilador.	X		
7.12 Silencio de alarmas.	X		
8. Bateria recargable de respaldo con automomia de minimo una (1) hora	X		2HRS Y 45 MIN
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 rodable para el equipo con sistema de freno en al menos dos ruedas.	X		
Un (1) kit de mangueras para suministro de gases medicinales.	X		OXIGENO

5.3. Verificación de equipos y accesorios:

No.	Marca	Modelo	No. Serie	Partes / Accesorios Inlcuidos en la oferta
1	AEONMED	VG70	VG70(U)XZZS33438	[X] Brazo soporte para circuito de paciente [X] Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas [X] Kit de mangueras para suministro de gases medicinales [X] Cable de poder AC [X] Circuito de ventilación [X] Filtro antibacteriano
2	AEONMED	VG70	VG70(U)XZZS30536	[X] Brazo soporte para circuito de paciente [X] Base rodable para el equipo con sistema de freno en al menos 2 ruedas [X] Kit de mangueras para suministro de gases medicinales [X] Cable de poder AC [X] Circuito de ventilación [X] Filtro antibacteriano

5.4. Verificación de entrega de documentos

No.	Marca	Modelo	No. Serie	Documentos	
1	AEONMED	VG70	VG70(U)XZZS33438	[X] Hoja de vida	[X] Manual de operación/usuario
				[X] Copia Permiso Comercialización	[X] Manual mantenimiento/servicio
				[X] Cronograma mant. Preventivo	[X] Diagrama de partes
				[X] Registro capacitación	[X] Guia rápida de funcionamiento
				[X] Registro instalación	[X] Lista de chequeo para mtto preventivo
				[X] Manual/guia de instalación	[X] Guia de limpieza y desinfección
				[X] Copia de la Declaracion de Importación	[X] Carta de garantia y contacto de serv. técnico

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos	PROCESO	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD
	FORMATO	*Acta de entrega de equipos biomédicos*

Acta No. | **Fecha:** *20 de Agosto de 2020*

2	AEONMED	VG70	VG70(U)XZZS30535	X Hoja de vida X Copia Permiso Comercialización X Cronograma mant. Preventivo X Registro capacitación X Registro instalación X Manual/guia de instalación X Copia de la Declaracion de Importación	X Manual de operación/usuario X Manual mantenimiento/servicio X Diagrama de partes X Guia rápida de funcionamiento X Lista de chequeo para mtto preventivo X Guia de limpieza y desinfección X 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 DE CUNDINAMARCA___** Adicionalmente, se verificó el cumplimiento de todas y cada una de las especificaciones técnicas minimas que hacen parte del concepto técnico emitido el (_13_) de (_ABRIL_) de (2020), sobre los ventiladores marca**___AEONMED____**, modelo **____VG70_____**.

Nota 1: La totalidad de los equipos (___2___) **____DOS___**, quedaron en custodia (instalados y puestos en funcionamiento) **IPS ___ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO____** que la Secretaria de salud **__DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA_____**.

Nota 2: Asi mismo la IPS notificara al proveedor y al interventor cualquier posible falla con los equipos de la presente acta, dicho reporte sera a cargo de **___Javier Enciso____** reponsable del area biomedica de la institución y lo hara a el ingeniero **___Ing. Rocio Arias___**interventor designado para esta acta

Observaciones:

Secretario de Salud _DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA_
Delegado
Nombre Gilberto Alvarez.
CC 70.069.129.

Gerente IPS
Nombre Jorge A. Lopez Q.
CC 79'882.391

Ingeniero Biomédico IPS
Nombre Javier Enciso M
CC 80096353 BTA

PROVEEDOR Quirurgil. SAS
Nombre John Jairo Guzmán
CC 1.082.410.333
Cargo Ing. de Soporte

Universidad Manuela Beltrán
Nombre Rocio Arias.
Interventoria
CC 1.093.1521 Fijá

Escaneado con CamScanner

ACTA ACLARATORIA No. UMB-MSPS-ACL- QUIRURGIL S.A.S.- 0108

FECHA ACTA INICIAL	***20/08/2020***
LUGAR DE INSTALACION	***ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO***

"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 San Rafael de Pacho,** en donde fueron entregados **(2) Dos** 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	302
Fecha de Concepto Técnico	X	-	03 de Abril de 2020
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 15 del mes de Noviembre del año 2020.

Cordialmente,



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