MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE CALI

Cali Valle 27 de MAYO de 2019

Señora Coronel
BETARIZ SILVA MIRANDA
Gerente de Proyecto proceso 375-DMCAL-2019

Asunto: Evaluación técnica del proceso de Mínima Cuantía N° 375-DMCAL-2019 cuyo objeto es el **"SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y HOSPITALARIO PARA LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES; RECARGA DE LAS BALAS DE OXIGENO DE URGENCIAS Y DE LAS AMBULANCIAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC23 DE PASTO Y SUS SATELITES DE IPIALES Y GUATAL TUMACO, VIGENCIA 2019".**

PARTICIPANTE:

CRYOGAS SA

5.1 ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, "Especificaciones Técnicas", que son de obligatorio cumplimiento, para lo cual debe diligenciar correcta y completamente el **Anexo No 2** "Especificaciones Técnicas" del complemento a la invitación pública.

CATALOGO PRESUPUESTAL		CÓDIGO SAP: ISH-20000000000000					DESCRIPCIÓN	
A 02-02-01-004		PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO						
A 02-02-01-004-008-01		APARATOS MEDICOS Y QUIRURJICOS Y APARATOS ORTESICOS PROTESICOS						
ITEM	CODIGO UNSPSC	CIDIGO CUPS	ELEMENTOS	UNID	CANT.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBS
1	4227170	NO CUPS	SUMINISTRO OXIGENO GASEOSO MEDICINAL CILINDRO 6,5 m3	MT3	1	X		
2	4227170	NO CUPS	SUMINISTRO OXIGENO GASEOSO MEDICINAL CILINDRO 3 m3 (Ambulancias)	MT3	1	X		
3	4227170	NO CUPS	SUMINISTRO OXIGENO GASEOSO MEDICINAL CILINDRO 1 m3 (Ambulancias)	MT3	1	X		
4	4227170	NO CUPS	PRUEBA HIDROSTATICA CILINDROS	SERVICIO	1	X		
5	4227170	NO CUPS	RECARGA DE CILINDRO PORTATIL	1M3	1	X		
OXIGENO DOMICILIARIO								
PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: CONCENTRADOR DE OXIGENO + 1 CILINDRO SOPORTE DE 6.5 M3 + CILINDRO PORTATIL DE 1 M3 VALOR PACIENTE DIA								

QUE INCLUYA:								
6	4227170	NO CUPS	**REGULADOR PARA DOSIFICACIÓN Y MANOMETRO A PRESIÓN** (INCLUYE EN EL PAQUETE POR PRIMERA VEZ)	DIA	1	X		
	4227170	NO CUPS	**CILINDRO PORTATIL DE 1M3** (SOLO CUANDO EL PACIENTE LO REQUIERA POR ORDEN MEDICA DE ESPECIALISTA.LA RECARGA DEL CILINDRO PORTATIL DEBE SER AUTORIZADA POR LA ENTIDAD CONTRATANTE DE ACUERDO A VALOR PACTADO)					
	4227170	NO CUPS	· **EL CILINDRO DE RESPALDO** SE REPONDRÁ CADA 3 MESES SIN NINGÚN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN OXÍGENO MÁS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERÁ VÁLIDO EL TIEMPO DE VIDA ÚTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE SE PRESENTE FALLA EN EL FLUIDO ELÉCTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR.)					
	4227170	NO CUPS	**SUMINISTRO** CARR O ESTUCHE PORTA CILINDRO DE 1M3 PARA MANEJO DEL PACIENTE					
	4227170	NO CUPS	**MANTENIMIENTO DE CONCENTRADORES** (SE REALIZA CADA 2 AÑOS O DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FABRICANTE O ANTES DE SER NECESARIO DE MANERA OPORTUNA O DE HABER NECESIDAD CAMBIO DEL MISMO).					
	4227170	NO CUPS	·**ENTREGA DE EQUIPOS** - EN EL SITIO DE DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA,EN LA OFICINA O SEDE DE LA EMPRESA CONTRATISTA O EN EL DISPENSARIO DE SANIDAD MILITAR MÁS CERCANO, AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: PASTO- IPIALES – GUALTAL NARIÑO.					
			INSUMOS DE OXIGENO TERAPIA (DE ACUERDO A PRESCRIPCION MEDICA DE CADA PACIENTE: CÁNULA NASAL, HUMIDIFICADOR, MASCARA FACIAL, SISTEMA VENTURY O AQUEL QUE SE REQUIERA. Y SERÁN SUMINISTRADOS AL PACIENTE, SÓLO EN LA PRIMERA ENTREGA, LAS PRÓXIMAS ENTREGAS GENERARÁN COBRO ADICIONAL AL PACIENTE Y /O FAMILIAR.)					
	4227170	NO CUPS	**CAPACITACION AL USUARIO** (EN EL MANEJO DEL O LOS EQUIPOS AL MOMENTO Y EN EL LUGAR DE LA ENTREGA)					
PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: CONCENTRADOR DE OXIGENO DE ALTO FLUJO + 01 CILINDRO SOPORTE DE 6,5 M3 + 01 CILINDRO PORTATIL DE 1 M3 – VALOR PACIENTE DIA QUE INCLUYA								
7	4227170	NO CUPS	**CILINDRO PORTATIL DE 1M3** (SOLO CUANDO EL PACIENTE LO REQUIERA POR ORDEN MEDICA DE ESPECIALISTA.LA RECARGA DEL CILINDRO PORTATIL DEBE SER AUTORIZADA POR LA ENTIDAD CONTRATANTE DE ACUERDO A VALOR PACTADO)	DIA	1	X		
	4227170	NO CUPS	**REGULADOR PARA DOSIFICACIÓN Y MANOMETRO A PRESIÓN** (INCLUYE EN EL PAQUETE POR PRIMERA VEZ)					
	4227170	NO CUPS	**INSUMOS DE OXIGENO TERAPIA** (DE ACUERDO A PRESCRIPCION MEDICA DE CADA PACIENTE: CÁNULA NASAL, HUMIDIFICADOR, MASCARA FACIAL, SISTEMA VENTURY O AQUEL QUE SE REQUIERA. Y SERÁN SUMINISTRADOS AL PACIENTE, SÓLO EN LA PRIMERA ENTREGA, LAS PRÓXIMAS ENTREGAS GENERARÁN COBRO ADICIONAL AL PACIENTE Y /O					

			FAMILIAR.)					
	4227170	NO CUPS	**SUMINISTRO** CARR O ESTUCHE PORTA CILINDRO DE 1M3 PARA MANEJO DEL PACIENTE					
	4227170	NO CUPS	**CILINDRO DE RESPALDO** (SE REPONDRÁ CADA 3 MESES SIN NINGÚN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN OXÍGENO MÁS DE 18 HORAS DIARIAS, CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERÁ VÁLIDO EL TIEMPO DE VIDA ÚTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE SE PRESENTE FALLA EN EL FLUIDO ELÉCTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR.)					
	4227170	NO CUPS	**MANTENIMIENTO DE CONCENTRADORES** (SE REALIZA CADA 2 AÑOS O DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FABRICANTE O ANTES DE SER NECESARIO DE MANERA OPORTUNA O DE HABER NECESIDAD CAMBIO DEL MISMO).					
	4227170	NO CUPS	**ENTREGA DE EQUIPOS** - EN EL SITIO DE DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA,EN LA OFICINA O SEDE DE LA EMPRESA CONTRATISTA O EN EL DISPENSARIO DE SANIDAD MILITAR MÁS CERCANO, AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: PASTO- IPIALES – GUALTAL NARIÑO.					
	4227170	NO CUPS	**CAPACITACION AL USUARIO** (EN EL MANEJO DEL O LOS EQUIPOS AL MOMENTO Y EN EL LUGAR DE LA ENTREGA)					
PAQUETE INTEGRAL PARA PROGRAMA BEBE CANGURO COMPUESTO POR: 01 CILINDRO DE 6.5 M3 + 01 CILINDRO DE 1M3 PORTATIL. + VALOR PACIENTE DIA, QUE INCLUYE:								
8	4227170	NO CUPS	**CILINDRO PORTATIL DE 1M3** (SOLO CUANDO EL PACIENTE LO REQUIERA POR ORDEN MEDICA DE ESPECIALISTA.LA RECARGA DEL CILINDRO PORTATIL DEBE SER AUTORIZADA POR LA ENTIDAD CONTRATANTE DE ACUERDO A VALOR PACTADO)	DIA	1	X		
	4227170	NO CUPS	**SUMINISTRO** CARRO ESTUCHE PORTA CILINDRO DE 1M3 PARA MANEJO DEL PACIENTE					
	4227170	NO CUPS	·**RECARGA** DE CILINDRO DE 6.5M3 DE ACUERDO A NECESIDAD DEL PACIENTE.					
	4227170	NO CUPS	**REGULADORES** NEONATALES Y MANOMETROS A PRESION PARA CADA CILINDRO, SE INCLUYE EN EL PAQUETE POR PRIMERA VEZ.					
	4227170	NO CUPS	**INSUMOS DE OXIGENO TERAPIA** (DE ACUERDO A PRESCRIPCION MEDICA DE CADA PACIENTE: CÁNULA NASAL, HUMIDIFICADOR, MASCARA FACIAL, SISTEMA VENTURY O AQUEL QUE SE REQUIERA. Y SERÁN SUMINISTRADOS AL PACIENTE, SÓLO EN LA PRIMERA ENTREGA, LAS PRÓXIMAS ENTREGAS GENERARÁN COBRO ADICIONAL AL PACIENTE Y /O FAMILIAR.)					
	4227170	NO CUPS	**MANTENIMIENTO DE EQUIPOS** (SE REALIZA DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FABRICANTE O ANTES DE SER NECESARIO DE MANERA OPORTUNA O DE HABER NECESIDAD CAMBIO DEL MISMO).					
	4227170	NO CUPS	**ENTREGA DE EQUIPOS** - EN EL SITIO DE DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA,EN LA OFICINA O SEDE DE LA EMPRESA CONTRATISTA O EN EL DISPENSARIO DE					

			SANIDAD MILITAR MÁS CERCANO, AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: PASTO- IPIALES – GUALTAL NARIÑO					
	4227170	NO CUPS	**CAPACITACION AL USUARIO** (EN EL MANEJO DEL O LOS EQUIPOS AL MOMENTO Y EN EL LUGAR DE LA ENTREGA)					
SUMINISTRO EQUIPO CPAP - VALOR PACIENTE DIA, QUE INCLUYA:								
	4227170	NO CUPS	**TUBO CORRUGADO Y HUMIDIFICADOR** SE ENTREGA LA PRIMERA VEZ Y LAS ENTREGAS POSTERIORES GENERARÁN COBRO PARA EL PACIENTE O FAMILIAR.					
	4227170	NO CUPS	**MASCARA Y ARNÉS EN GEL** DE CONFORMIDAD A LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, CON CAMBIO ANUAL SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE TENGA CONTINUIDAD POR UN PERIODO DE 12 MESES).					
9	4227170	NO CUPS	**MANTENIMIENTO DE EQUIPOS** (SE REALIZA DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FABRICANTE O ANTES DE SER NECESARIO DE MANERA OPORTUNA O DE HABER NECESIDAD CAMBIO DEL MISMO).	DIA	1	X		
	4227170	NO CUPS	**ENTREGA DE EQUIPOS** - EN EL SITIO DE DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA,EN LA OFICINA O SEDE DE LA EMPRESA CONTRATISTA O EN EL DISPENSARIO DE SANIDAD MILITAR MÁS CERCANO, AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: PASTO- IPIALES – GUALTAL NARIÑO					
	4227170	NO CUPS	**CAPACITACION AL USUARIO** (EN EL MANEJO DEL O LOS EQUIPOS AL MOMENTO Y EN EL LUGAR DE LA ENTREGA)					
SUMINISTRO Y/O ALQUILER DE SUCCIONADOR PORTATIL:								
	4227170	NO CUPS	**MANTENIMIENTO DE EQUIPOS** (SE REALIZA DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FABRICANTE O ANTES DE SER NECESARIO DE MANERA OPORTUNA O DE HABER NECESIDAD CAMBIO DEL MISMO).					
10	4227170	NO CUPS	**ENTREGA DE EQUIPOS** - EN EL SITIO DE DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA,EN LA OFICINA O SEDE DE LA EMPRESA CONTRATISTA O EN EL DISPENSARIO DE SANIDAD MILITAR MÁS CERCANO, AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: PASTO- IPIALES – GUALTAL NARIÑO	DIA	1	X		
	4227170	NO CUPS	**CAPACITACION AL USUARIO** (EN EL MANEJO DEL O LOS EQUIPOS AL MOMENTO Y EN EL LUGAR DE LA ENTREGA)					
SUMINISTRO Y/O ALQUILER DE PULSOXIMETRO:								
	4227170	NO CUPS	**MANTENIMIENTO DE EQUIPOS** (SE REALIZA DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FABRICANTE O ANTES DE SER NECESARIO DE MANERA					
11	4227170	NO CUPS	**ENTREGA DE EQUIPOS** - EN EL SITIO DE DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA,EN LA OFICINA O SEDE DE LA EMPRESA CONTRATISTA O EN EL DISPENSARIO DE SANIDAD MILITAR MÁS CERCANO, AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE:	DIA	1	X		

			PASTO- IPIALES – GUALTAL NARIÑO					
	4227170	NO CUPS	**CAPACITACION AL USUARIO** (EN EL MANEJO DEL O LOS EQUIPOS AL MOMENTO Y EN EL LUGAR DE LA ENTREGA)					

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

Para evaluar los requisitos de orden técnico que a continuación se describen, únicamente se evaluaran "CUMPLE" o "NO CUMPLE", conforme al numeral 1° del artículo 5° de la Ley 1150 de 2007 así:

5.2.1 Portafolio de servicios actualizado
(CUMPLE)

5.2.2 Anexar fotocopia de la Resolución de autorización expedida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA. Mediante la cual se autoriza al oferente la fabricación de los productos
(CUMPLE)

5.2.3 Certificado por escrito por parte del oferente que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada versus población a atender) suscrito por el representante legal
(CUMPLE)

5.2.4 Certificación de cobertura geográfica en el departamento de NARIÑO: el oferente deberá certificar por escrito que posee cubrimiento en los municipios de PASTO, IPIALES, GUALTAL TUMACO y municipios aledaños, para ello adjuntará un listado de los municipios sobre los cuales tiene cobertura en la prestación de este servicio.
(CUMPLE)

5.2.5 Reporte de Indicadores. El oferente deberá anexar reporte de los indicadores de calidad y alerta temprana con el respectivo soporte de envió ante la Súper Intendencia nacional de salud en los periodos establecidos para dicho reporte (trimestral)
(CUMPLE)

5.2.6 GARANTÍA DE LOS SERVICIOS. El oferente deberá garantizar que los servicios acordados se encuentren dentro de los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad con el propósito de proteger, defender y dar seguridad a la vida y salud de los usuarios
(CUMPLE)

5.2.7 El oferente deberá acreditar sede en el Municipio de Pasto Nariño, que le permita al usuario realizar cualquier tipo de trámite con relación a la prestación del servicio.
(CUMPLE)

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el complemento a la invitación para el proceso Mínima Cuantía N° 375-DMCAL-2019 se puede establecer que el oferente **CRYOGAS**

SA, **SI CUMPLE** Técnicamente con lo solicitado por nuestra entidad, razón por la cual se habilita técnicamente y se recomienda al Gerente del Proyecto continuar con el proceso de adjudicación

SS. QUINTERO ARIAS JAIDER ANDRES
Comité Técnico Evaluador Proceso No. 375-DMCAL-2019

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO