MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIÓN DE POLICÍA NRO 6
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 6

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
Firma:
Recibido por:
Sigla unidad o dependencia:
Fecha: Hora:
Radicado Nro.

NO. GS-2023- 006994 **/ARASI-RASES–29.25**

Envigado, 11 de abril de 2023

Señor Capitán
JAIRO ELIECER CHUÑA RIVERA
Jefe Administrativo y financiero Upres Ant. (E)
Carrera 43ª 48 C Sur 45
Envigado

Asunto: Solicitud modificar pliego de condiciones

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a mi Capitán, ordene a quien corresponda darle alcance al Estudio Previo y modificar el pliego de condiciones en los cuadros referentes a la Ficha Técnica, la cual fue organizada de acuerdo a las necesidades del suministro de Oxígeno Medicinal en todos los ítems, la cual quedará así.:

FICHA TÉCNICA

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO INTEGRAL DE OXIGENO DOMICILIARIO MEDIANTE CONCENTRADOR (Ítem: 1)
UNIDAD DE MEDIDA
Día
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir:

- ✓ Caudal de flujo: de 1 a 10 l / min
- ✓ Consumo de energía: 350 W
- ✓ Nivel de ruido: 40 - 42 dB
- ✓ Concentración de O2: 93 ± 3%
- ✓ Presión de salida de O2: 0.05 - 0.08 MPA
- ✓ Dimensiones cm: L 38.1 × W 34.7 × H 68.9
- ✓ Peso neto: 25 Kg
- ✓ Peso bruto: 27 Kg
- ✓ Clase de máquina: IIA
- ✓ Alarma de temperatura
- ✓ Alta / baja presión
- ✓ Bajo flujo de oxígeno
- ✓ Falla de energía
- ✓ Falla de la válvula de control
- ✓ Sistema de autodiagnóstico en la pantalla LCD
- ✓ Sobrecarga de corriente

NOTA: La entidad deberá generar un acta cada vez que realice la entrega y el retiro de los equipos, y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador si es el caso y posteriormente enviada al correo gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co a la Regional de Aseguramiento en Salud N°6, al igual el reporte del consumo de los pacientes.

NOTA: Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito sin ningún costo adicional. El oxígeno (concentrador, cilindros de respaldo, de transporte o termos) y los equipos en el domicilio del usuario en un plazo no superior a 4 horas, contados a partir de la solicitud realizada por parte de la entidad, Incluido horario nocturno, días domingos y festivos, a partir de la hora de solicitud del pedido por parte del profesional de terapia respiratoria de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO INTEGRAL DE OXIGENO DOMICILARIO CON CILINDROS (ítem: 2)
UNIDAD DE MEDIDA
DÍA
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir

- Kit de cilindro portátil que se compone de:
  - ✓ Cilindro de aluminio 1 metro cubico.
  - ✓ Regulador de oxígeno con válvula de yugo o adaptador.
  - ✓ Carro o maletín para una mejor manipulación y manejo.
  - ✓ Válvula para abrir el cilindro.

- El servicio debe incluir recargas del cilindro cuatro (4) durante el mes. Se suministrará a pacientes con autorización expresa de la institución para su uso.

NOTA: El suministro integral se liquidará día, de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro.

El paquete debe incluir lo anteriormente descrito. La entrega del cilindro portátil de oxígeno, no será mayor a cuatro (4) horas a partir de la hora de la solicitud del pedido.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO INTEGRAL DE OXIGENO DOMICILARIO CON CILINDROS (ítem: 3)
UNIDAD DE MEDIDA
M3
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir

- ✓ Oxígeno Medicinal

- Se suministrará a pacientes con autorización expresa de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 6 para su uso.

NOTA: El suministro integral se liquidará por M3, de acuerdo a la cantidad que el paciente reciba.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO INTEGRAL DE OXIGENO LIQUIDO EN TERMOS. (Ítems: 4 y 5)
UNIDAD DE MEDIDA
DIA - LITRO
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro día debe incluir:

El recipiente interno es de acero inoxidable y el exterior puede ser de acero al carbono o acero inoxidable. El alto vacío evita la transferencia de calor, lo que permite mantener la baja temperatura requerida. Posee dispositivos que mantienen la presión dentro de los límites prefijados, vaporizando líquido cuando la presión baja y sacando gas de la fase gaseosa cuando la presión sube.

Puede entregar su contenido tanto en estado líquido como gaseoso, abriendo en cada caso la válvula correspondiente. El rango normal de presiones de trabajo es de 29 a 203 psi.

Permiten suministrar gas en forma estable con flujo continuo de hasta 325 pies3/h. Cuando es necesario un flujo mayor, se usa un vaporizador externo que permite alcanzar flujos estables superiores a 505 pies3/h.

Presión de trabajo: La presión estándar a la que están regulados los termos es de 125 psig

Sistema de seguridad: Válvula de alivio para uso de gas, a 230 psig. Disco estallante del envase interior a 380 psig.

Gas	tamaño	Capacidad		Peso de contenido
		Líquido (lts.)	Gas (p3)	(lbs.)
Oxígeno	190	181	5000	416

	160	169	4687	389
Nitrógeno	190	181	4016	293
	160	169	3767	274

NOTA: La entidad deberá generar un acta cada vez que realice la entrega y el retiro de los equipos, y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador si es el caso y posteriormente enviada al correo gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co y deant.escop-tre@policia.gov.co a la Regional de Aseguramiento en Salud N°6, al igual el reporte del consumo de los pacientes.

NOTA: Para el ítem 4 Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito sin ningún costo adicional. El oxígeno (concentrador, cilindros de respaldo, de transporte o termos) y los equipos en el domicilio del usuario en un plazo no superior a 4 horas, contados a partir de la solicitud realizada por parte de la entidad, Incluido horario nocturno, días domingos y festivos, a partir de la hora de solicitud del pedido por parte del profesional de terapia respiratoria de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6.

Para el ítem 5 se liquidará por Litro de acuerdo a lo suministrado al paciente.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO INTEGRAL DE SERVO VENTILADOR, AUTOBPAP, AUTOCPAP, BPAP, CPAP, BPAP CON SOPORTE VENTILATORIO; DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. (Ítems: 6,7,8).
UNIDAD DE MEDIDA
DÍA
DESCRIPCIÓN GENERAL

Suministro de oxígeno medicinal en concentradores para pacientes con dosis de 1 a 10 litros por minuto.

El suministro debe incluir:

- Asesoría durante la entrega del equipo y de la máscara según su talla precisa, por parte del Terapeuta Respiratorio del contratista, quien levantará acta en entrega donde conste la capacitación recibida por el usuario una vez entregado el equipo por primera vez, esta se anexa a la facturación mensual solo la primera vez; ya que en la polisomnografía del usuario está claramente determinado el tipo de equipo y la clase de máscara a utilizar.
- Suministro de equipo Servo ventilador con su respectiva máscara para soporte ventilatorio no invasivo que proporciona presión positiva continua en la vía aérea.
- Suministro de máscara nasal, oronasal, intranasal, con o sin soporte, de silicona o gel, según la especificación; con puerto para oxígeno: (tanto de adulto, pediátrica o neonatal en todas las tallas), Se entregará una unidad al ingreso del paciente según su talla, según requerimiento.
- Circuito con adaptador oxígeno, si es requerido.
- Entrenamiento en limpieza de equipos, de circuitos y máscaras, dada por el Terapeuta Respiratorio del contratista.
- Educación, asesoría y soporte inicial a las familias por parte del contratista.
- Asesoría permanente y gratuita vía telefónica, por parte del Terapeuta Respiratorio del contratista a través del Call Center, y visitas domiciliarias bimensual.
- Facilidad para poder acceder al software (Smart Card) descargar e imprimir cualquier dato requerido acerca de los equipos asignados a los pacientes, como es el consumo y/o utilidad que le da los pacientes a los equipos todo esto sin costo adicional, lectura de la Smart Card cada dos (2) meses, la cual se entrega al usuario de forma física y por medio magnético a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 6, para que la presente al especialista en su consulta

y éste realice los cambios pertinentes al tratamiento y registre la información en la historia clínica electrónica en el sistema de la Dirección de Sanidad (SISAP).

- Cada equipo debe incluir humidificador, máscara (nasal, oronasal, intranasal), circuitos, arnés, mentoneras y puerto de oxígeno, si son requeridos.

NOTA: La entidad deberá generar un acta cada vez que realice la entrega y el retiro de los equipos, y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador si es el caso y posteriormente enviada al correo gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co deant.escop-tre@policia.gov.co a la Regional de Aseguramiento en Salud N°6, al igual el reporte del consumo de los pacientes.

NOTA: Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito sin ningún costo adicional. Para los equipos de apnea (CPAP, BPAP y Servo ventilador) los usuarios ubicados en el Departamento de Antioquia deberán acercarse a las instalaciones del futuro contratista, con el objeto de ser valorado por el profesional en terapia respiratoria y de acuerdo a la prescripción médica, el equipo será entregado en un tiempo no superior a las 24 horas sin costo adicional para la unidad contratante.

NOTA: si por situaciones clínicas del paciente, no puede trasladarse a las instalaciones del futuro contratista, la valoración y entrega de los equipos de apnea (CPAP, BPAP y Servo ventilador) se realizará en el domicilio del usuario.

Para los usuarios ubicados en el Departamento de Antioquia, el futuro contratista entregará los equipos de apnea (CPAP, BPAP y Servo ventilador) y oxígeno (concentrador, cilindros de respaldo, de transporte o termos) en el domicilio del usuario en un tiempo no superior a las 72 horas posteriores a la solicitud y previa coordinación con el supervisor del contrato.

NOTA: Los pacientes que, según lectura impresa mensual del equipo, se demuestre el no uso, serán reportados para su debida verificación por parte de la entidad contratada y posterior retiro del mismo.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO CILINDRO PORTÁTIL PERMANENTE (ítem: 9)
UNIDAD DE MEDIDA
DIA
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir

- Kit de cilindro portátil que se compone de:
  - ✓ Cilindro de aluminio 1 metro cubico.
  - ✓ Regulador de oxígeno con válvula de yugo o adaptador.
  - ✓ Carro o maletín para una mejor manipulación y manejo.
  - ✓ Válvula para abrir el cilindro.

- El suministro debe incluir recargas del cilindro cuatro (4) durante el mes. Se suministrará a pacientes con autorización expresa de la institución para su uso.

NOTA: El suministro integral se liquidará día, de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro.

El paquete debe incluir lo anteriormente descrito. La entrega del cilindro portátil de oxígeno, no será mayor a cuatro (4) horas a partir de la hora de la solicitud del pedido.

Este elemento sólo se entregará cuando sea requerido y analizado cada caso, se debe contar con previa autorización del supervisor del contrato.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
EQUIPO NEBULIZADOR Y SUCCIONADOR (ítems: 10,11)
UNIDAD DE MEDIDA
MES

DESCRIPCIÓN GENERAL

suministro de los siguientes equipos:

- Nebulizadores
- Aspiradores

El suministro incluye:

- Asesoría durante la entrega del equipo por parte del personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador, donde conste la capacitación recibida por el usuario, esta debe anexarse una vez entregado el equipo por primera vez, esta se anexa a la facturación mensual solo la primera vez.
- Entrega por primera vez de máscara de nebulizar adulto o pediátrica; en el caso del aspirador cauchos de succión, sonda de aspirar y vaso desechable.
- Entrenamiento en limpieza de equipos, de circuitos y máscaras, dada por el personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador, esta debe anexarse una vez entregado el equipo por primera vez, esta se anexa a la facturación mensual solo la primera vez.

NOTA: La entidad deberá generar un acta cada vez que realice la entrega y el retiro de los equipos, y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador si es el caso y posteriormente enviada al correo gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co y DEANT.ESCOP-TRE@POLICIA.GOV.CO a la Regional de Aseguramiento en Salud N°6, al igual el reporte del consumo de los pacientes.

NOTA: Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito sin ningún costo adicional. Para los equipos de apnea (CPAP, BPAP y Servo ventilador) los usuarios ubicados en el área metropolitana del valle de aburra deberán acercarse a las instalaciones del futuro contratista, con el objeto de ser valorado por el profesional en terapia respiratoria y de acuerdo a la prescripción médica, el equipo será entregado en un tiempo no superior a las 24 horas sin costo adicional para la unidad contratante.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
SUMINISTRO DE OXÍGENO Y GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS. (Ítems: 12,13,14,15,16,17,18)

UNIDAD DE MEDIDA (U.M.)

ITEM	ELEMENTO	U.M.
	GASES MEDICINALES	
12	OXIGENO LIQUIDO	METRO CÚBICO
13	OXIGENO GASEOSO	METRO CÚBICO
14	OXIDO NITROSO	KILOGRAMO
15	NITRÓGENO GASEOSO	METRO CÚBICO
16	DIÓXIDO DE CARBONO ANAEROBIO HOSPITALARIO	KILOGRAMO
17	AIRE COMPRIMIDO (GASEOSO)	METRO CÚBICO
18	CO2 SECO	KILOGRAMO

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
MÁSCARAS PARA APNEA Y MENTONERA(Ítems: 19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32)
UNIDAD DE MEDIDA
UNIDAD
DESCRIPCIÓN GENERAL

Suministrar a paciente los siguientes elementos:

- Máscara Nasal tallas S, M, L, XL.
- Máscara Oronasal tallas S, M, L, XL.
- Máscara intranasal con almohadilla pequeña, mediana y grande
- Máscara oronasal con soporte frontal talla S, M, L, XL.
- Mentonera estándar.

El servicio incluye:

- Asesoría durante la entrega del equipo por parte del personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador donde conste la capacitación recibida por el usuario, esta debe anexarse a la facturación mensual.
- Entrenamiento en la limpieza de las máscaras, dada por el personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
CONCENTRADOR DE OXIGENO DE ALTO FLUJO (Ítem 33)
UNIDAD DE MEDIDA
DÍA
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir:

- ✓ Caudal de flujo: de 0 a 10 l / min
- ✓ Consumo de energía: 350 W
- ✓ Nivel de ruido: 40 - 42 dB
- ✓ Concentración de O2: 93 ± 3%
- ✓ Presión de salida de O2: 0.05 - 0.08 MPA
- ✓ Dimensiones cm: L 38.1 × W 34.7 × H 68.9
- ✓ Peso neto: 25 Kg
- ✓ Peso bruto: 27 Kg
- ✓ Clase de máquina: IIA
- ✓ Alarma de temperatura
- ✓ Alta / baja presión
- ✓ Bajo flujo de oxígeno
- ✓ Falla de energía
- ✓ Falla de la válvula de control
- ✓ Sistema de autodiagnóstico en la pantalla LCD
- ✓ Sobrecarga de corriente

NOTA: La entidad deberá generar un acta cada vez que realice la entrega y el retiro de los equipos, y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador si es el caso y posteriormente enviada al correo gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co a la Regional de Aseguramiento en Salud N°6, al igual el reporte del consumo de los pacientes.

El suministro incluye:

Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito sin ningún costo adicional. Para los equipos de apnea (CPAP, BPAP y servo ventilador) los usuarios ubicados en el área metropolitana del valle de aburra deberán acercarse a las instalaciones del futuro contratista, con el objeto de ser valorado por el profesional en terapia respiratoria y de acuerdo a la prescripción médica, el equipo será entregado en un tiempo no superior a las 24 horas sin costo adicional para la unidad contratante.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
CONCENTRADOR DE OXIGENO PORTATIL (Ítem 34)
UNIDAD DE MEDIDA
DIA
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir:

- ✓ Caudal de flujo: de 1 a 5 l / min.
- ✓ Duración de la batería: 4-5 horas basados en 2 l /min
- ✓ Nivel de ruido menor a 39 dBa.
- ✓ Tamaño: Largo menor a 25 cm. Ancho Menor a 8 cm. Altura menor a 21 cm.
- ✓ Peso menor a 3 kg.
- ✓ Concentración de O2 90-96 %

Este elemento sólo se entregará cuando sea requerido y analizado cada caso, se debe contar con previa autorización del supervisor del contrato.

DENOMINACIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO
FLUJOMETRO DE OXIGENO REGULADOR AHORRADOR (Ítem 35)
UNIDAD DE MEDIDA
UNIDAD
DESCRIPCIÓN GENERAL

El suministro debe incluir:

- ✓ Peso inferior o igual a 300 gramos
- ✓ Rango de temperatura de transporte de -5°C – 60° C.
- ✓ Rango de presión y funcionamiento 500-2500 PSIG presión del tanque
- ✓ Incrementos de flujo 1-6.

El suministro incluye:

Asesoría durante la entrega por parte del personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador, donde conste la capacitación recibida por el usuario, esta debe anexarse una vez entregado el equipo por primera vez, esto se debe anexar a la facturación todos los meses.

Entrenamiento en limpieza de equipos, de circuitos y máscaras, dada por el personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador, esta debe anexarse una vez entregado el equipo por primera vez, esto se debe anexar a la facturación todos los meses.

NOTA: La entidad deberá generar un acta cada vez que realice la entrega y el retiro de los equipos, y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador si es el caso y posteriormente enviada al correo gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co a la Regional de Aseguramiento en Salud N°6, al igual el reporte del consumo de los pacientes.

Se liquidará por día de acuerdo a los días que el paciente reciba el suministro, se incluirá lo anteriormente descrito sin ningún costo adicional.

Este elemento sólo se entregará cuando sea requerido y analizado cada caso, se debe contar con previa autorización del supervisor del contrato.

Declaro bajo mi responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de la persona jurídica que representó, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. **De**

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELÉFONO :

E-MAIL :

Agradezco a mi Capitán por la atención y colaboración a la presente solicitud.

Atentamente,

Subintendente **JUAN GABRIEL MORALES JARAMILLO**
Líder programa médico domiciliario (POMED).

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396607
gabriel.morales1329@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACIÓN PÚBLICA