Pereira, 21 de Marzo de 2024

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Regional Risaralda

En atenicón al proceso **SAMC-RSR-DIR-010-2024,** nos permitimos presentar oferta económica, de conformidad a lo establecido en el pliego de condiciones del proceso.

AMANECER MEDICO S.A.S, identificado con NIT No. 805-010659-6, epresentada legalmente por el suscrito, oferta los servicios requeridos por el SENA a las siguientes tarifas:

## LOTE 6. SERVICIO DE OXIGENO

| ITEM | DESRIPCION | ESPECIFICACION TÉCNICA | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO COTIZADO CON IVA INCLUIDO (SI APLICA) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO POR CONCENTRADOR ESTACIONARIO DE BAJO FLUJO | * UN CONCENTRADOR DE OXÍGENO GASEOSO MEDICINAL POR MEDIO DE CONCENTRADOR ESTACIONARIO CON CAPACIDAD DE PROPORCIONAR UN FLUJO DESDE 1 HASTA 5 LITROS POR MINUTO.<br>* UN CILINDRO DE RESPALDO DE TAMAÑO MÍNIMO 2,0 M3 M Á XIMO 6,4 M3 (SEG Ú N DISPONIBILIDAD) CON SU RESPECTIVO REGULADOR. ESTE CILINDRO SE UTILIZARÁ Ú NICAMENTE EN CASOS DE FALLAS DEL EQUIPO O CUANDO SE VENCE EL PRODUCTO. SI EL PACIENTE REQUIERE INTERCAMBIOS ADICIONALES DEL CILINDRO DE RESPALDO PUEDE HACERLO MÁXIMO CADA 3 MESES.<br>* ENTREGA DE (1) C Á NULA Y (1) HUMIDIFICADOR POR PRIMERA VEZ. ENTREGA DE (1) C Á NULA DESDE EL SEGUNDO MES.<br>* ENTREGA DE UN (1) CILINDRO PORTÁTIL (TAMAÑO 1 M3) CON SU CARRO DE TRANSPORTE Y REGULADOR, PARA ALTAS TEMPRANAS POR PERIODO DE TRES DÍAS, PARA PACIENTES CON 24 HORAS DE USO Y CON DOSIS MÁXIMA DE 3 LITROS POR MINUTOS.<br>*INCLUYE TRANSPORTE | PAQUETE MENSUAL NOTA ACLARATORIA: SI SE LE BRINDA EL SUMINISTRO POR UN PERIODO INFERIOR A LOS 20 DÍAS, SE DEBE FACTURAR POR DÍAS PONDERADOS SEGÚN COSTO DEL PAQUETE | **140.000** |
| 2 | SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO POR CONCENTRADOR ESTACIONARIO DE ALTO FLUJOS | * UN CONCENTRADOR DE OXÍGENO GASEOSO MEDICINAL POR MEDIO DE CONCENTRADOR ESTACIONARIO CON CAPACIDAD DE PROPORCIONAR UN FLUJO DESDE 6 HASTA 9 LITROS POR MINUTO.<br>* UN CILINDRO DE RESPALDO DE TAMAÑO MÍNIMO 2,0 M3 M Á XIMO 6,4 M3 (SEG Ú N DISPONIBILIDAD) CON SU RESPECTIVO REGULADOR. ESTE CILINDRO SE UTILIZARÁ Ú NICAMENTE EN CASOS DE FALLAS DEL EQUIPO O CUANDO SE VENCE EL PRODUCTO. SI EL PACIENTE | PAQUETE MENSUAL NOTA ACLARATORIA: SI SE LE BRINDA EL SUMINISTRO POR UN PERIODO INFERIOR A LOS 20 DÍAS, SE DEBE FACTURAR POR DÍAS PONDERADOS SEGÚN COSTO DEL PAQUETE. | **190.000** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO GASEOSO EN CILINDROS ESTACIONARIOS | * CILINDRO ESTACIONARIO DE TAMAÑO MÍNIMO 4,8 M3 MÁXIMO 6,4 M3 (SEGÚN DISPONIBILIDAD) CON SU RESPECTIVO REGULADOR.<br>* INCLUYE 5 RECARGAS O INTERCAMBIOS DE CILINDROS AL MES. SI EL PACIENTE SOBREPASA ESAS CANTIDADES, DEBER SER AUTORIZADO POR CILINDROS ADICIONALES, O SER AUTORIZADO POR SUMINISTRO DE OXÍGENO EN EQUIPO CONCENTRADOR (DE BAJO O ALTO FLUJO, SEGÚN APLIQUE).<br>* ENTREGA DE (1) CÁNULA Y (1) HUMIDIFICADOR POR PRIMERA VEZ. ENTREGA DE (1) CÁNULA DESDE EL SEGUNDO MES.<br>* INCLUYE TRANSPORTE. | PAQUETE MENSUAL NOTA ACLARATORIA: SI SE LE BRINDA EL SUMINISTRO POR UN PERIODO INFERIOR A LOS 20 DÍAS, SE DEBE FACTURAR POR DÍAS PONDERADOS SEGÚN COSTO DEL PAQUETE. | **350.000** |
| 4 | SERVICIO ENTREGA CILINDRO PORTATIL PARA CITAS MÉDICA | * ENTREGA DE CILINDRO PORTÁTIL DE TAMAÑO 1 M3 (METRO CÚBICO) INCLUYE REGULADOR Y CARRITO DE TRANSPORTE, PARA USO MÁXIMO EN TRES (3) DÍAS.<br>*PARA USO EN PACIENTES CON DOSIS MÁXIMO HASTA 3 LITROS POR MINUTO, POR LA CAPACIDAD DE SUMINISTRO.<br>*INCLUYE TRANSPORTE DE ENTREGA Y RECOLECCIÓN. | UNIDAD | **30.000** |
| 5 | SERVICIO ADICIONAL DE RECARGA DE CILINDRO PORTÁTIL | *ENTREGA ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL (1 METRO CÚBICO A 4 METROS CÙBICOS), CON AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO, SOPORTADO POR FÓRMULA MÉDICA, INCLUYE TRANSPORTE Y ENTREGA EN DOMICILIO. | UNIDAD | **45.000** |
| 6 | SERVICIO ADICIONAL DE RECARGA CILINDRO ESTACIONARIO | *ENTREGA ADICIONAL DE CILINDRO DE RESPALDO (TAMAÑO 4,8 M3), CON AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO, SOPORTADO POR FÓRMULA MÉDICA, INCLUYE TRANSPORTE Y ENTREGA EN DOMICILIO | UNIDAD | **50.000** |
| 7 | TRANSPORTE | CUANDO APLICA ENTREGAS NO INCLUIDAS EN LOS PAQUETES. | UNIDAD | **20.000** |
| 8 | SUMINISTRO DE OXIGENO POR CONCENTRADOR PORTÁTIL | * CONCENTRADOR DE OXIGENO PORTÁTIL, QUE GARANTIZA CAPACIDAD DE SUMINISTRO DE 1 A 4 LITROS POR MINUTO.<br>* INCLUYE CARGADOR, BATERÍA RECARGABLE, BOLSO O MOCHILA DE TRANSPORTE.<br>* ENTREGA DE 1 CÁNULA AL MES.<br>INCLUYE TRANSPORTE | PAQUETE MENSUAL NOTA ACLARATORIA: SI SE LE BRINDA EL SUMINISTRO POR UN PERIODO INFERIOR A LOS 20 DÍAS, SE DEBE FACTURAR POR DÍAS PONDERADOS SEGÚN COSTO DEL PAQUETE. | **900.000** |
| 9 | SUCCIONADOR ELÉCTRICO RENTA | * ENTREGA DE EQUIPO SUCCIONADOR DE SECRECIONES, CON 1 FILTRO HIDROFÓBICO, 1 FRASCO DE SUCCIÓN, 1 SONDA DE LÁTEX, INSTRUCCIONES DE USO.<br>*INCLUYE TRANSPORTE. | MENSUAL | **95.000** |
| 10 | NEBULIZADOR ELÉCTRICO RENTA | * ENTREGA DE EQUIPO NEBULIZADOR PARA USO, ENTREGA DE INSTRUCCIONES DE USO. INCLUYE TRANSPORTE | MENSUAL | **50.000** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11 | SUMINISTRO DE EQUIPO CPAP (DISPOSITIVO DE PRESIÓN POSITIVA) | * (CPAP) EQUIPO DE SISTEMA DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIA DE ÚLTIMA TECNOLOGÍA, PARA EL TRATAMIENTO DE APNEA DEL SUEÑO, CON LÍMITE DE PRESIÓN DESDE 4 HASTA 20 CM DE H2O, CON HUMIFICADOR O SIN HUMIFICADOR.<br>* DEBE CONTAR CON ACCESO REMOTO A LECTURA DE DATOS Y/O TARJETA, QUE PERMITA EL ALMACENAMIENTO DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN LÍNEA, PARA CONTROL DE TRATAMIENTO POR EL MÉDICO NEUMÓLOGO.<br>* INCLUYE MÁSCARA BÁSICA, NASAL U ORONASAL, CON CAMBIO UNA VEZ AL AÑO.<br>* INCLUYE CIRCUITO BÁSICO O MANGUERA CORRUGADA (1) UNIDAD CAMBIO A NECESIDAD DEL USUARIO Y POR PERTINENCIA CLÍNICA, CABLE DE PODER (1), MALETÍN (1).<br>* INCLUYE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA CADA TRES MESES, PARA EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO.<br>* INCLUYE TRANSPORTE PARA LA ENTREGA. | PAQUETE MENSUAL NOTA ACLARATORIA: SI SE LE BRINDA EL SUMINISTRO POR UN PERIODO INFERIOR A LOS 20 DÍAS, SE DEBE FACTURAR POR DÍAS PONDERADOS SEGÚN COSTO DEL PAQUETE. | **210.000** |
| 12 | CAMBIO DE MASCARA PARA EQUIPOS CPAP O BIPAP. | *SUMINISTRO DE MÁSCARA NASAL U ORONASAL, PARA EQUIPOS APNEA DEL SUEÑO.<br>*TALLAS DISPONIBLES (S L M) POR UNIDAD.<br>*ESTE ELEMENTO SERÁ ENTREGADO ÚNICAMENTE CON AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA TODOS LOS CASOS.<br>* NO APLICA PARA PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN AUTORIZADOS EN LOS PAQUETES CPAP O BIPAP ANTERIORMENTE RELACIONADOS.<br>* INCLUYE ADAPTACIÓN DE LA MÁSCARA POR PARTE DE TERAPIA RESPIRATORIA.<br>* INCLUYE TRANSPORTE PARA LA ENTREGA. | UNIDAD | **450.000** |
| 13 | CIRCUITO TÉRMICO PARA USO EN EQUIPOS CPAP O BIPAP | * CIRCUITO TÉRMICO, QUE POR FÓRMULA MÉDICA SEA SOLICITADO, USO EXCLUSIVO DE PACIENTES QUE LO REQUIEREN Y ESTE ENMARCADO EN TUTELA Y/O CTC.<br>* INCLUYE TRANSPORTE PARA LA ENTREGA. | UNIDAD | **250.000** |
| 14 | MENTONERA PARA USO EN EQUIPOS CPAP O BIPAP | * MENTONERA, ARNÉ, QUE POR FÓRMULA MÉDICA SEA REQUERIDA, USO EXCLUSIVO DE PACIENTES QUE LO REQUIEREN Y ESTE ENMARCADO EN TUTELA Y/O CTC.<br>* INCLUYE TRANSPORTE PARA LA ENTREGA. | UNIDAD ARNES | **150.000** |

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:**
**ALBERTO CALINDO PABON**
**CC:79.465.851**
**NOMBRE DEL PROPONENTE: AMANECER MEDICO S.A.S**
**NIT.:805-010659-6**