MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
GRUPO CONTRATOS

**PN RASES No. 1 SA 043 2024**

**SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE APNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.**

## INFORME DE VERIFICACIÓN

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, en cumplimiento a lo previsto en la CRONOLOGÍA DEL PROCESO **PN RASES No. 1 SA 043 2024**, establecido en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II y el Decreto 1082 de 2015, publica el informe de evaluación por un término de tres **(03) días hábiles,** tiempo durante el cual podrán presentar observaciones a las verificaciones realizadas, así mismo podrán subsanar los documentos no necesarios para la comparación de las propuestas, hasta el momento previo a la realización de la subasta electrónica, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 4 del artículo 5 de la Ley 1882 de 2018.

Los informes detallados de evaluación jurídica, técnica y económica, se encuentran publicados en el Sistema Electrónico de Contratación Pública https://www.colombiacompra.gov.co/secop/secop-ii, así mismo los originales se encuentran a disposición en la Oficina del Grupo de Contratación de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 de la Dirección de Sanidad.

## CONSOLIDADO DE EVALUACIONES

| No. | OFERENTE | VERIFICACIÓN JURÍDICA | VERIFICACIÓN TÉCNICA | VERIFICACIÓN ECONÓMICA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| 2 | OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

Las observaciones deberán ser publicadas únicamente en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II, a través de la página web https://www.colombiacompra.gov.co/secop/secop-ii, en la fecha y hora indicada.

Bogotá D.C. 13 DIC. 2024

Teniente Coronel **CARLOS ANDRÉS CAMACHO VESGA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Elaborado por: CPS **BRAYAN M. RAMOS CADENA**
Analista de Contratos

Revisado por: Capitán **ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe Grupo Contratos Rases No.1

Aprobado por: Mayor **JHON EDISON LIZCANO GODOY**
Jefe (E) Área Logístico y Financiero Rases No.1

Vo. Bo por: Mayor **YEZID GUERRERO RODRIGUEZ**
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos Rases No. 1

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
OFICINA GRUPO DE CONTRATOS

**No. GS-2024** 023322 **/REGI1**

Bogotá D.C., 12 de diciembre de 2024

Señores:
**INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS**
**OXÍGENOS DE COLOMBIA LTDA**
Ciudad

**Asunto:** Requerimiento de orden técnico.

Con el fin de dar continuidad al proceso de **CONTRATACIÓN PN RASES No. 1 SA 043 2024** que tiene por objeto el **"SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE APNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1"**, me permito remitir requerimiento de orden técnico, emitido por el comité evaluador del proceso **PN RASES No. 1 SA 043 2024**, mediante comunicación oficial GS-2024-S/N- ARGES – RASES 29.57, el cual debe ser subsanado por el término de **UN (01) DÍA HÁBIL** contados a partir de la publicación del documento. Lo anterior con el fin de dar continuidad al proceso contractual

Atentamente,

Mayor **JHON EDISON LIZCANO GODOY**
Jefe (E) Área Logístico y Financiero Rases No.1

Anexo Uno (Requerimiento técnic),

Elaborado por: CPS. BRAYAN RAMOS CADENA
Analista de Contratos

Carrera 68 B Bis 44-58 Bogotá
Teléfonos: 2201639
www.policia.gov.co

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

**No. GS- 2024 -** **-ARGES – RASES 29.57**

Bogotá D.C 12 de Diciembre de 2024

Señor Capitán
**ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud N°1
Carrera 68 B Bis N° 44-58

**Asunto:** Solicitud requerimiento técnico proceso **PN RASES No. 1 SA 043 2024**

De manera atenta el Comité Técnico Evaluador solicita subsanación documentos a la oferta presentada por las firmas **OXICOL S.A.S E INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DEAPNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1,** así:

**1.Oferente OXICOL LTDA**:

1.1 Se requiere anexar la información que se anexa a continuación, de los siguientes equipos verificar los cuadros vencidos y los que no aportan:

| | OXICOL | | |
|---|---|---|---|
| | EQUIPO E INSUMOS | INVIMA | CATALOGO |
| 1 | CONCENTRADOR FIJO | X | X |
| 2 | CILINDROS DE 3,6 Y 8 METROS CUBICOS | NO APLICA | X |
| 3 | CILINDRO PORTATIL | NO ALICA | X |
| 4 | CONCENTRADOR PORTATIL | X | X |
| 5 | CPAP | X | X |
| 6 | CPA MODO AUTO | X | X |
| 7 | BPAP | X | X |
| 8 | BPAP MODO AUTO | X | X |
| 9 | TERMO SUMINISTRO OXIGENO MADRE | NO APLICA | X |
| 10 | TERMO PORTATIL | X | X |
| 11 | BPAP CON MODOS VENTILATORIOS | VENCIDO | X |
| 12 | CONCENTRADOR ALTO FLUJO | NO APORTA | X |
| 13 | SERVICIO TERAPIA ALTO FLUJO (CANULA ALTO FLUJO) | VENCIDO | X |
| 14 | SUCCIONADOR PORTATIL | X | X |
| 15 | OXIGENO MEDICINAL | X | NO APLICA |
| 16 | NITROGENO LIQUIDO | X | NO APLICA |
| 17 | CARRO PORTA CILINDROS | NO APLICA | X |
| 18 | CANULA NASAL ADULTO Y PEDIATRICA | X | X |
| 19 | AGUA DESTILADA | X | NO APLICA |
| 20 | HUMIDIFICADOR | X | X |
| 21 | MASCARA VENTURY | VENCIDA | X |
| 22 | SONDA SUCCION NELATON | X | X |
| 23 | MASCARA CPAP Y BPAP | X | X |
| 24 | REGULADORES DE OXIGENO | X | X |
| 25 | OXIMETRO DE PULSO | X | X |
| 26 | THERMO NITROGENO | NO APORTA | X |
| 27 | MASCARA TRAQUEOSTOMIA | X | X |
| | | | |

1.2 Se requiere anexar protocolos de limpieza y desinfección

| | | | |
|---|---|---|---|
| 26 | sea usada, fabricada con materiales resistentes, de alta calidad y durabilidad. | | |
| 27 | El oferente debe anexar protocolos de limpieza y desinfección | | |
| | El Oferente se compromete a diligenciar y entregar el reporte de servicio respectivo y efectuar las | | |

**2. Oferente INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS:**

**2.1** Se requiere anexar la información que se anexa a continuación, de los siguientes equipos verificar los cuadros vencidos y los que no aportan:

| | INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS | | |
|---|---|---|---|
| | EQUIPO E INSUMOS | INVIMA | CATALOGO |
| 1 | CONCENTRADOR FIJO | X | X |
| 2 | CILINDROS DE 3,6 Y 8 METROS CUBICOS | NO APLICA | X |
| 3 | CILINDRO PORTATIL | NO APLICA | X |
| 4 | CONCENTRADOR PORTATIL | X | X |
| 5 | CPAP | X | X |
| 6 | CPA MODO AUTO | X | X |
| 7 | BPAP | X | X |
| 8 | BPAP MODO AUTO | X | X |
| 9 | TERMO SUMINISTRO OXIGENO MADRE | NO APLICA | X |
| 10 | TERMO PORTATIL | X | X |
| 11 | BPAP CON MODOS VENTILATORIOS | VENCIDO | NO APORTA |
| 12 | CONCENTRADOR ALTO FLUJO | X | X |
| 13 | SERVICIO TERAPIA ALTO FLUJO (CANULA ALTO FLUJO) | NO APORTA | X |
| 14 | SUCCIONADOR PORTATIL | X | X |
| 15 | OXIGENO MEDICINAL | X | NO APLICA |
| 16 | NITROGENO LIQUIDO | VENCIDO | NO APLICA |
| 17 | CARRO PORTA CILINDROS | NO APLICA | X |
| 18 | CANULA NASAL ADULTO Y PEDIATRICA | X | X |
| 19 | AGUA DESTILADA | X | NO APLICA |
| 20 | HUMIDIFICADOR | X | X |
| 21 | MASCARA VENTURY | X | X |
| 22 | SONDA SUCCION NELATON | NO APORTA | NO APORTA |
| 23 | MASCARA CPAP Y BPAP | X | X |
| 24 | REGULADORES DE OXIGENO | X | X |
| 25 | OXIMETRO DE PULSO | X | X |
| 26 | THERMO NITROGENO | NO APORTA | X |
| 27 | MASCARA TRAQUEOSTOMIA | X | X |
| | | | |

**2.2** Se requiere anexar protocolos de limpieza y desinfección

| | | | |
|---|---|---|---|
| 26 | sea usada, fabricada con materiales resistentes, de alta calidad y durabilidad. | | |
| 27 | El oferente debe anexar protocolos de limpieza y desinfección | | |
| | El Oferente se compromete a diligenciar y entregar el reporte de servicio respectivo y efectuar las | | |

**2.3** Anexar Certificación de fabricante y/o distribuidor.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | **Certificación de Fabricante y/o Distribuidor:** en el caso que el oferente sea fabricante de gases medicinales, deberá aportar certificado vigente de BPM's emitido por el INVIMA según lo estipulado en la Resolución No. 1674 de 2004 y el decreto No. 667 de 1995 y para el caso de distribuidor deberá aportar Acta de autorización vigente emitida por la Secretaría de Salud correspondiente, según lo estipulado en las Resoluciones No. 1403 de 2007 y 2200 de 2005. | | |

Atentamente,

ST Jorge E. Currea.

Subteniente **JORGE ENRIQUE CURREA CALDERON**
Comité Evaluador Técnico

Claudia Rocio Rodriguez

SM116 **CLAUDIA ROCIO RODRIGUEZ R.**
Comité Evaluador Técnico, Terapeuta Respiratoria

DIEGO RODRIGUEZ PINEDA

CPS 4 **DIEGO RODRIGUEZ PINEDA**
Comité Evaluador Técnico, Medico General

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
1445067350

Bogotá, D.C. 11 de diciembre de 2024

Capitán
ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe Grupo Contratos
Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Asunto: Requerimiento evaluación jurídica - PN RASES No. 1 SA 043 2024

Realizada la verificación de los requisitos habilitantes de las ofertas presentadas en desarrollo del proceso de selección contractual PN RASES No. 1 SA 043 2024, el comité evaluador jurídico informa las ofertas que cumplen con los requisitos habilitantes jurídicos del pliego de condiciones de la siguiente forma:

| OFERENTE | |
|---|---|
| 1. INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS S.A.S | **CUMPLE** |
| 2. OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA | **CUMPLE** |

Se anexan a la presente comunicación las evidencias de la verificación realizada y los anexos correspondientes a los compromisos anticorrupción suscritos por los integrantes del comité evaluador.

Atentamente,

**INGRID TATIANA CANTOR MONGUI**
Abogada - Evaluadora Jurídica

**RUBEN DARIO RUIZ VIUCHE**
Abogado- Evaluador Jurídico

**MILTON RICARDO CASAS IREGUI**
Abogado- Evaluador Jurídico

GS-2024-023269-REGI1

| IDENTIFICACION DEL PROCESO | PN RASES No. 1 | SA 043 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Objeto | SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE APNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 | | |
| Item (s) y/o Grupo (s) Ofertado (s) | TOTAL | SMLMV | |
| Presupuesto Oficial Grupo (s) Ofertado (s) | $ 1.710.709.624,00 | 1.315,93 | |
| Fecha de Cierre | martes, 10 de diciembre de 2024 | | |
| Plazo Ejecución Contrato | viernes, 31 de mayo de 2024 | | |
| **DATOS DEL OFERENTE** | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Nombre o Razón Social | OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA | S/F | CUMPLE |
| NIT | 860.040.094-3 | | |
| Representante Legal | MANUEL ESPINOSA BELTRAN | | |
| Cedula de Ciudadanía | 79791843 | | |
| **VERIFICACION DE DOCUMENTOS** | | | |
| **GARANTIA SERIEDAD DE LA OFERTA** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| ASEGURADORA | SEGUROS DEL ESTADO | S/F | CUMPLE |
| NUMERO DE POLIZA | 21-44-101458583 Anexo 1 | | |
| VALOR ASEGURADO | $ 171.070.962,40 | | |
| BENEFICIARIO | SI | | |
| AMPAROS | SI | | |
| VIGENCIA 4 MESES A PARTIR DEL CIERRE | 20/04/2025 | | |
| SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL | SI | | |
| **CARTA DE PRESENTACION** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Suscrita por el Proponente | SI | | |
| **CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Fecha (Indicar fecha de expedición) | 2/12/2024 | | |
| Capacidad del Representante Legal | SI | | |
| Acta Junta de Socios o su Equivalente | N/A | | |
| Objeto Social | SI | | |
| Vigencia de la Sociedad (Fecha de la Vigencia) | 3/06/2053 | | |
| **DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | Numeral 3 carta de | CUMPLE |
| Suscrita por Representante Legal | SI | | |
| **BOLETIN DE RESPONSABLES FISCALES** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| **CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)** | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| **CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Pago Ultimos 6 Meses | SI | | |
| Suscrita por Revisor Fiscal o Representante Legal | SI | | |
| **ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | S/F | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | S/F | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| **COMPROMISO ANTICORRUPCION** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| **REGISTRO UNICO DEL PROPONENTE** | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Fecha (Indicar fecha de expedición) | 21/11/2024 | | |
| Fecha de renovación | 26/04/2024 | | |
| **EVALUADOR JURÍDICO** | | | |
| Abogada | Abogado | Abogado | |
| INGRID TATIANA CANTOR MONGUI | RUBEN DARIO RUIZ VIUCHE | MILTON RICARDO CASAS IREGUI | |
| **OBSERVACIONES** | | | |
| EL OFERENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ORDEN JURIDICO | | | |

1445067350

GS-2024-023269-REGI1

| IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO | PN RASES No. 1 | SA 043 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Objeto | SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE APNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 | | |
| Item (s) y/o Grupo (s) Ofertado (s) | TOTAL | SMLMV | |
| Presupuesto Oficial Grupo (s) Ofertado (s) | $ 1.710.709.624,00 | 1.315,93 | |
| Fecha de Cierre | martes, 10 de diciembre de 2024 | | |
| Plazo Ejecución Contrato | viernes, 31 de mayo de 2024 | | |

| DATOS DEL OFERENTE | | | |
|---|---|---|---|
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACION |
| Nombre o Razón Social | INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS | S/F | CUMPLE |
| NIT | 900.177.115-3 | | |
| Representante Legal | CIRO ALBENIO LEAL PATIÑO | | |
| Cedula de Ciudadania | 74243665 | | |

| VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS | | | |
|---|---|---|---|
| GARANTÍA SERIEDAD DE LA OFERTA | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| ASEGURADORA | SEGUROS DEL ESTADO | S/F | CUMPLE |
| NUMERO DE POLIZA | 33-44-101256761 Anexo 1 | | |
| VALOR ASEGURADO | $ 171.070.962,40 | | |
| BENEFICIARIO | SI | | |
| AMPAROS | SI | | |
| VIGENCIA 4 MESES A PARTIR DEL CIERRE | 20/04/2025 | | |
| SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL | SI | | |
| CARTA DE PRESENTACION | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Suscrita por el Proponente | SI | | |
| CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Fecha (Indicar fecha de expedición) | 2/12/2024 | | |
| Capacidad del Representante Legal | SI | | |
| Acta Junta de Socios o su Equivalente | N/A | | |
| Objeto Social | SI | | |
| Vigencia de la Sociedad (Fecha de la Vigencia) | Indefinida | | |
| DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | Numeral 3 carta de | CUMPLE |
| Suscrita por Representante Legal | SI | | |
| BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC) | | | |
| DESCRIPCION | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | WEB | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Pago Ultimos 6 Meses | SI | | |
| Suscrita por Revisor Fiscal o Representante Legal | SI | | |
| ORIGEN LICITO DE LOS RECURSOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | S/F | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | S/F | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| REGISTRO UNICO DEL PROPONENTE | | | |
| DESCRIPCIÓN | ANEXA SI / NO | FOLIO | VERIFICACIÓN |
| Anexar | SI | S/F | CUMPLE |
| Fecha (Indicar fecha de expedición) | 21/11/2024 | | |
| Fecha de renovación | 14/05/2024 | | |

| EVALUADOR JURIDICO | | |
|---|---|---|
| Abogada | Abogado | Abogado |
| INGRID TATIANA CANTOR MONGUI | RUBEN DARIO RUIZ VIUCHE | MILTON RICARDO CASAS IREGUI |

| OBSERVACIONES |
|---|
| EL OFERENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ORDEN JURIDICO |

1445067350

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**DIRECCIÓN DE SANIDAD**
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ**

## COMPROMISO ANTICORRUPCION, DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION y MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

YO **INGRID TATIANA CANTOR** Identificada con C.C. **1'018.474.503** de **Bogotá D.C.**, Como integrante del comité **JURIDICO** asumo los siguientes compromisos:

- No recibiré sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún proveedor en relación con su propuesta, (con el proceso de contratación), ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.
- No permitiré que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor haga ofrecimientos a nombre de la firma.
- Me comprometo formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación.
- Que todas las actuaciones y recomendaciones, están encaminadas a garantizar que el proceso de contratación se realice en el marco del cumplimiento de los principios de transparencia, economía responsabilidad, selección objetiva e imparcialidad absoluta.

Así mismo Recibo información de la documentación de las ofertas presentadas en el proceso en mención clasificándolas como confidenciales, con el fin de ser verificadas como integrante del Comité Evaluador en virtud de lo anterior me obligo a:

- Guardar bajo secreto y en total reserva, mientras no sea de carácter público, la información recibida y que sea catalogada como confidencial.
- No usar en beneficio propio ni de terceros, para fines diferentes a los acordados, copiar, reproducir, divulgar, transferir ni transmitir por ningún medio y a ningún título dicha información.
- Tomar las medidas de seguridad necesarias para que la información confidencial no llegue al conocimiento de terceros y se mantenga en secreto.
- Se exceptúa de la obligación de guardar reserva cuando exista mandato de autoridad competente que exija la divulgación de la información catalogada como confidencial. En este caso, se informará, inmediatamente a su conocimiento, la situación a los titulares de la información.
- Declaro de igual manera que cumpliré las obligaciones de guardar reserva establecidas en este documento y las demás propias de su naturaleza, asumiendo, en caso de violación del mismo, las consecuencias de las acciones

civiles y penales a que haya lugar en razón de los perjuicios que se originen del incumplimiento.

Aunado a lo anterior manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que no me encuentro incursa por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública"* Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO, Artículo 27. ACUERDOS RESTRICTIVOS DE LA COMPETENCIA y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 03049 del 24 de agosto de 2012 modificado por la Resolución 00090 de 2018, en concordancia con la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, el artículo 2 de la Ley 1266 de 2008 y Ley 1474 de 2011.

Para constancia firmo en la ciudad de BOGOTÁ D.C., a los 11 (días) del mes de diciembre del año 2024.

CM.

C.C. No. 1018474503 DE BOGOTÁ D.C

1445067350

GS-2024-023269-REGI1

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

**COMPROMISO ANTICORRUPCION, DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION y MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

Yo RUBEN DARIO RUIZ VIUCHE Identificado con C.C. 80.165.250 de Bogotá D.C., Como integrante del comité JURIDICO asumo los siguientes compromisos:

- No recibiré sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún proveedor en relación con su propuesta, (con el proceso de contratación), ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.

- No permitiré que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor haga ofrecimientos a nombre de la firma.

- Me comprometo formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación.

- Que todas las actuaciones y recomendaciones, están encaminadas a garantizar que el proceso de contratación se realice en el marco del cumplimiento de los principios de transparencia, economía responsabilidad, selección objetiva e imparcialidad absoluta.

Así mismo Recibo información de la documentación de las ofertas presentadas en el proceso en mención clasificándolas como confidenciales, con el fin de ser verificadas como integrante del Comité Evaluador en virtud de lo anterior me obligo a:

- Guardar bajo secreto y en total reserva, mientras no sea de carácter público, la información recibida y que sea catalogada como confidencial.

- No usar en beneficio propio ni de terceros, para fines diferentes a los acordados, copiar, reproducir, divulgar, transferir ni transmitir por ningún medio y a ningún título dicha información.

- Tomar las medidas de seguridad necesarias para que la información confidencial no llegue al conocimiento de terceros y se mantenga en secreto.

- Se exceptúa de la obligación de guardar reserva cuando exista mandato de autoridad competente que exija la divulgación de la información catalogada como confidencial. En este caso, se informará, inmediatamente a su conocimiento, la situación a los titulares de la información.

- Declaro de igual manera que cumpliré las obligaciones de guardar reserva establecidas en este documento y las demás propias de su naturaleza, asumiendo, en caso de violación del

mismo, las consecuencias de las acciones civiles y penales a que haya lugar en razón de los perjuicios que se originen del incumplimiento.

Aunado a lo anterior manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que no me encuentro incursa por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública"* Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO, Artículo 27. ACUERDOS RESTRICTIVOS DE LA COMPETENCIA y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 03049 del 24 de agosto de 2012 modificado por la Resolución 00090 de 2018, en concordancia con la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, el artículo 2 de la Ley 1266 de 2008 y Ley 1474 de 2011.

Para constancia firmo en la ciudad de Bogotá D.C., el 11 de diciembre del año 2024.

RUBEN DARIO RUIZ VIUCHE
C.C. No. 80.165.250 de BOGOTÁ D.C.

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**DIRECCIÓN DE SANIDAD**
**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

## COMPROMISO ANTICORRUPCION, DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION y MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo Milton Ricardo Casas Iregui Identificado con C.C. 80.075.029 de Bogotá D.C., Como integrante del comité JURIDICO asumo los siguientes compromisos:

- No recibiré sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún proveedor en relación con su propuesta, (con el proceso de contratación), ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.

- No permitiré que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor haga ofrecimientos a nombre de la firma.

- Me comprometo formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación.

- Que todas las actuaciones y recomendaciones, están encaminadas a garantizar que el proceso de contratación se realice en el marco del cumplimiento de los principios de transparencia, economía responsabilidad, selección objetiva e imparcialidad absoluta.

Así mismo Recibo información de la documentación de las ofertas presentadas en el proceso en mención clasificándolas como confidenciales, con el fin de ser verificadas como integrante del Comité Evaluador en virtud de lo anterior me obligo a:

- Guardar bajo secreto y en total reserva, mientras no sea de carácter público, la información recibida y que sea catalogada como confidencial.

- No usar en beneficio propio ni de terceros, para fines diferentes a los acordados, copiar, reproducir, divulgar, transferir ni transmitir por ningún medio y a ningún título dicha información.

- Tomar las medidas de seguridad necesarias para que la información confidencial no llegue al conocimiento de terceros y se mantenga en secreto.

- Se exceptúa de la obligación de guardar reserva cuando exista mandato de autoridad competente que exija la divulgación de la información catalogada como confidencial. En este caso, se informará, inmediatamente a su conocimiento, la situación a los titulares de la información.

- Declaro de igual manera que cumpliré las obligaciones de guardar reserva establecidas en este documento y las demás propias de su naturaleza, asumiendo, en caso de violación del

mismo, las consecuencias de las acciones civiles y penales a que haya lugar en razón de los perjuicios que se originen del incumplimiento.

Aunado a lo anterior manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que no me encuentro incursa por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública"* Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO, Artículo 27. ACUERDOS RESTRICTIVOS DE LA COMPETENCIA y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 03049 del 24 de agosto de 2012 modificado por la Resolución 00090 de 2018, en concordancia con la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, el artículo 2 de la Ley 1266 de 2008 y Ley 1474 de 2011.

Para constancia firmo en la ciudad de Bogotá D.C., el 11 de diciembre del año 2024.

MILTON RICARDO CASAS IREGUI
C.C. No. 80.075.029 de BOGOTÁ D.C.

1445067350

Datos de la póliza

**Estado:**
Vigente

**Número de póliza:**
33-44-101256761

**Número de anexo:**
1

**Fecha de expedición:**
martes, 10 de diciembre de 2024

**Ramo:**
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

**Asegurado:**
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1

**Tomador:**
INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS

**Inicio de vigencia:**
martes, 10 de diciembre de 2024

**Fin vigencia:**
domingo, 20 de abril de 2025

**Valor total asegurado:**
$ 171.070.962

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

- Pólizas Todo Riesgo ramo **Automóviles**: (601) 218 6977 ext 311 - Email: verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com * Por medio de este canal no serán atendidas solicitudes de otros productos.
- Pólizas ramo **Generales**: (601) 218 6977 ext 522 - Email: verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Fianzas - Cumplimiento**: 310 327 9980 / verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Responsabilidad civil para vehículos de servicio público de pasajeros**: (601) 644 9660 ext 157-159-163 - Email: verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Vida**: (601) 218 6977 - Email: verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **SOAT**: (601) 432 4102 a nivel nacional - Email: operacionsoat@segurosdelestado.com

• Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Regresar

Copyright © 2023. Todos los derechos reservados por **Seguros del Estado**

1445067389

Datos de la póliza

**Estado:**
Vigente

**Número de póliza:**
21-44-101458583

**Número de anexo:**
1

**Fecha de expedición:**
lunes, 9 de diciembre de 2024

**Ramo:**
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

**Asegurado:**
LA POLICIA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1

**Tomador:**
OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA

**Inicio de vigencia:**
martes, 10 de diciembre de 2024

**Fin vigencia:**
domingo, 20 de abril de 2025

**Valor total asegurado:**
$ 171.070.962

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

- Pólizas Todo Riesgo ramo **Automóviles:** (601) 218 6977 ext 311 - Email: verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com * Por medio de este canal no serán atendidas solicitudes de otros productos.
- Pólizas ramo **Generales:** (601) 218 6977 ext 522 - Email: verificacion.polizas.todoriesgoconstruccion@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Fianzas - Cumplimiento:** 310 327 9980 / verificacion.polizas.cumplimiento@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Responsabilidad civil para vehículos de servicio público de pasajeros:** (601) 644 9660 ext 157-159-163 - Email: verificacion.polizas.automoviles@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **Vida:** (601) 218 6977 - Email: verificacion.polizas.vida@segurosdelestado.com
- Pólizas ramo **SOAT:** (601) 432 4102 a nivel nacional - Email: operacionsoat@segurosdelestado.com

- Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Copyright © 2023. Todos los derechos reservados por **Seguros del Estado**

milton.casas

GS-2024-023269-REGI1

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de diciembre de 2024, a las 10:48:47, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Número de identificación tributario |
| No. Identificación | 9001771153 |
| Código de Verificación | 900177115324121110484 7 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

GS-2024-023269-REGI1

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 259666559

PIB
10:49:30
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS, identificado(a) con NIT número 9001771153:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VÁLIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de diciembre de 2024, a las 10:50:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 74243665 |
| Código de Verificación | 742436652412111105046 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:58:14 horas del 11/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **74243665,** Apellidos y Nombres **LEAL PATIÑO CIRO ALBENIO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **REGIONAL ASEGURAMIENTO EN SALUD 1**, con NIT **900336524-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

GS-2024-023269-REGI1

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 259666833

PIB
10:51:24


Bogotá DC, 11 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CIRO ALBENIO LEAL PATIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 74243665:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:52:12 AM horas del 11/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **74243665**

Apellidos y Nombres: **LEAL PATIÑO CIRO ALBENIO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

I445067350

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2024 10:54:22 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **74243665 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **106507156** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

GS-2024-023269-REGI1

GOV.CO

Gobierno de Colombia

REDAM

## Campo código de verificación

Código de verificación

K9A346BJ2Z

Pregunta c

¿ Qué color es

amarillo

### Registro REDAM Válido

El ciudadano identificado con CC 74243665 NO SE ENCUENTRA INSCRITO en el registro de deudores alimentarios morosos. Fecha de generación: 22 noviembre 2024, 10:12 am

VER PDF

ACEPTAR

GOV.CO

In

Di

ca

Código Postal: 111071

Horario de Atención: Lunes a Viernes 8:30 a.m. -

telefónicas: (601) 390

ción 2

nacional: 01 8000 95

Correo electrónico:

1445067050

GS-2024-023269-REGI1

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de diciembre de 2024, a las 11:27:11, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Número de identificación tributario |
| No. Identificación | 8600400943 |
| Código de Verificación | 860040094324121111 2711 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

GS-2024-023269-REGI1

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 259671801

PIB
11:28:02


Bogotá DC, 11 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA identificado(a) con NIT número 8600400943:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de diciembre de 2024, a las 11:28:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 79791843 |
| Código de Verificación | 797918432412111112857 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

GS-2024-023269-REGI1

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 259672447

PIB
11:33:29


Bogotá DC, 11 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MANUEL ESPINOSA BELTRAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79791843:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:34:18 AM horas del 11/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79791843**

Apellidos y Nombres: **ESPINOSA BELTRAN MANUEL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2024 11:35:29 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79791843 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **106512102** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

GS-2024-023269-REGI1

GOV.CO

Gobierno de Colombia

REDAM

# Campo código de verificación

Código de verificación

AFN9JPG3SE

Pregunta c

¿ Cuánto es 9

14

## Registro REDAM Válido

El ciudadano identificado con CC 79791843 NO SE ENCUENTRA INSCRITO en el registro de deudores alimentarios morosos. Fecha de generación: 09 diciembre 2024, 4:00 pm

VER PDF

ACEPTAR

GOV.CO

In

Di

ca

Código Postal: 111321

Horario de Atención: Lunes a Viernes 8:30 a.m. -

lefónicas: (601) 390
ción 2
nacional: 01 8000 95

Correo electrónico:

1445067350

GS-2024-023269-REGI1

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:36:35 horas del 11/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79791843,** Apellidos y Nombres **ESPINOSA BELTRAN MANUEL**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1**, con NIT **900336524-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

GS-2024-093335-REGI1

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
ÁREA LOGÍSTICA Y FINANCIERA

GS-2024- /RASES1-GRUFI 29.25

Bogotá D.C 12 diciembre 2024

Señor Capitán
ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Responsable (E) Proceso Contratos RASES1
Carrera 68 BIS No. 44 - 58 Piso 4
Bogotá, D.C.

Asunto: evaluación PN RASES No. 1 SA 043 2024

En atención a proceso PN RASES No. 1 SA 043 2024 que tiene por objeto la SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE APNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1, que, en observancia a 1 REQUISITOS HABILITANTES, 1.2 REQUISITOS DE ORDEN FINANCIERO me permito indicar lo siguiente:

| OFERENTE | | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | 1.2.4 CERTIFICACIÓN BANCARIA | 1.2.5 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA | 1,2,6 SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| | OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

De acuerdo a la verificación del comité de económico, los oferentes CUMPLEN con los requisitos de orden económico.

Atentamente,

Intendente ALEJANDRA MONTOYA VALENCIA
Evaluador Económico

PS-09 ALEXANDER CASANOVA REYNOLDS
Evaluador Económico

PS-11 HEYMAN VICENTE ROSERO HERNANDEZ
Evaluador Económico

Anexo: verificador indicadores financieros

Elaborado por: Comité Económico
Fecha de elaboración:12/12/2024
Ubicación:C:\Users\aa.montoya011\Documents\2023\6. SALIDOS

Carrera 68 B BIS 44-58 Bogotá
Teléfonos 5804400
Disan.rases1-pl@policia.gov.co
www.policia.gov.co

PN RASES No. 1 SA 043 2024

**SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE APNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.**

**INDICADORES CAPACIDAD FINANCIERA**

| | | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| | | OXICOL LTDA | INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS |
| | | 2023 | 2023 |
| INDICE DE LIQUIDEZ IGUAL O SUPERIOR 0,99 | ACTIVO CORRIENTE | $ 135.035.003.000 | $ 50.434.344.743,00 |
| | PASIVO CORRIENTE | $ 58.334.471.000 | $ 22.804.596.417 |
| | INDICADOR | 2,31 | 2,21 |
| | | CUMPLE | CUMPLE |
| INDICE DE ENDEUDAMIENTO IGUAL O INFERIOR 63% | PASIVO TOTAL | $ 58.363.459.000 | $ 23.484.668.465 |
| | ACTIVO TOTAL | $ 346.626.678.000 | $ 67.701.390.509 |
| | INDICADOR | 17 | 35 |
| | | CUMPLE | CUMPLE |
| RAZON DE COBERTURA DE INTERESES IGUAL O MAYOR A 0,71 | UTILIDAD OPERACIONAL | $ 30.342.932.000 | $ 23.939.881.304 |
| | GASTOS DE INTERES | $ - | $ 576.268.365 |
| | RAZON | INDETERMINADO | 41,54 |
| | | CUMPLE | CUMPLE |

**INDICADORES CAPACIDAD ORGANIZACIONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO IGUAL O MAYOR A 0,10 | UTILIDAD OPERACIONAL | $ 30.342.932.000 | $ 23.939.881.304 |
| | PATRIMONIO | $ 288.263.219.000 | $ 44.216.722.044 |
| | RENTABILIDAD | 0,11 | 0,54 |
| | | CUMPLE | CUMPLE |
| RENTABILIDAD DEL ACTIVO IGUAL O MAYOR A 0,03 | UTILIDAD OPERACIONAL | $ 30.342.932.000 | $ 23.939.881.304 |
| | ACTIVO TOTAL | $ 346.626.678.000 | $ 67.701.390.509 |
| | RENTABILIDAD | 0,09 | 0,35 |
| | | CUMPLE | CUMPLE |
| | | Información verificada según estados financieros a , 31/12/2023 | Información verificada según estados financieros a , 31/12/2023 |

**Evaluador Economico**

**Evaluador Economico**

**Evaluador Economico**

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

**No. GS-2024 -** 023401 **/ RASES - GRUCO -17**

Bogotá D.C 13 de Diciembre de 2024

Señor Capitán
**ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud N°1
Carrera 68 B Bis N° 44-58

Asunto: **EVALUACION TECNICA PN RASES No. 1 SA 043 2024**

En atención a la oferta presentada por la firma **OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA ( OXICOL)** , el Comité Técnico emite evaluación técnica del proceso de contratación **PN RASES No. 1 SA 043 2024 SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DEAPNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.",** así:

**ANEXO No. 1**

**CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA ( OXICOL)**

| ITEM | ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD MEDIDA | OFRECE | |
|---|---|---|---|---|
| | | | CUMPLE | NO CUMPLE |
| 1. CONCENTRADOR DE OXIGENO (uso menor o mayor a 18 horas diarias) | Concentrador de oxígeno para uso con cánula nasal, para adultos uso menor o mayor a 18 horas diarias. | PAQUETE | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestral,2humidificadores; 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimestral y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar y en caso de falla eléctrica suplir el suministro de oxígeno antes de las seis horas siguientes a la solicitud independientemente de las recargas que necesite el paciente, (según necesidad del paciente.) | | X | |
| | Para los casos de suministro de paquete de concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas, dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Presión de salida: mayor o igual a 5,5 Psi | | X | |
| | Porcentaje de oxígeno: 93%+/- 3% | | X | |
| | Consumo de energía: 120 V / 60 Hz Peso: menor a 16 kg | | X | |
| | Rango de temperatura: mayor a 10 y menor a 40 °C | | X | |
| | Filtro de cuerpos extraños. Filtro de bacterias | | X | |
| | Dimensiones: menor a 62 de alto x menos de 40 cm de ancho x menos de 30,4 cm de profundidad. | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| 2. OXIGENO POR CILINDRO (para adultos uso mayor o menor de 18 horas | Oxígeno en cilindros con manómetro regulador, uso por cánula nasal para adultos mayor o menor de 18 horas diarias. El prestador suministrará el número de cilindros mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | PAQUETE | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestral,2 humidificadores;2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas, dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente, además debe incluir solución salina, gasas, guantes estériles, tapabocas, a necesidad del paciente.) Tienda de traqueostomía, solamente en los casos que se requieran y según recomendación del médico especialista. | | X | |
| | Cilindro de transporte de un metro cubico que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte | | X | |
| | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional. | | X | |
| | Flujómetro con regulación de 0 - 15 lit/min. | | X | |
| | Dimensiones: de 6 -8 metros cúbicos. | | X | |
| 3. OXIGENO POR CILINDRO (paciente pediátrico) | Oxígeno en cilindros con flujómetro regulador o micro flujómetro uso por cánula nasal o kit ventury o según indicación médica para paciente pediátrico. | PAQUETE | X | |
| | | | X | |
| | El prestador suministrará el número de cilindros mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestral,2humidificadores;2cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Cilindro de transporte un metro cubico que incluye cinco recargas mensuales, el cambio de la cánula y el humidificador se realizara en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio. | | X | |
| | Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión, y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente, además debe incluir solución salina, gasas, guantes estériles, tapabocas, a necesidad del paciente.) Tienda de traqueostomía, solamente en los casos que se requieran (aproximadamente un 3% de los paquetes requeridos) y según recomendación del médico especialista y autorización de la central de referencia. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. Tienda de traqueotomía según especificación y orden de médico tratante. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional | | X | |
| | Flujómetro con regulación de rango de 1/8 hasta 1 lit/min.. | | X | |
| | Dimensiones: de 6 -8 metros cúbicos. | | X | |
| | Componentes: regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno. Graduado en rango de 0 – 2000psi. | | X | |
| | Humidificador en material plástico transparente de 500 ml de capacidad. | | X | |
| 4.CONCENTRA DOR FIJO Y PORTATIL | Concentrador fijo con concentración de oxígeno hasta 96%, administración de oxígeno de 1 a 5 litros con incrementos de 0,5 litros, cánula nasal (su cambio se realizará de manera bimensual) Concentrador portátil suministra oxigeno de 1 a 5 LPM la dosis se incrementa en pulsos, consta de carrito o maletín de trasporte, con batería recargable de cuatro horas, maletín para accesorios - cable de poder DC (carro) - cable de poder AC., manual del usuario. El usuario deberá responder por el buen uso de equipos, en caso de daño por mal uso tendrá que pagar el equipo siempre y cuando se determine que el daño es por mal uso. | PAQUETE | X | |
| | Para el concentrador fijo incluye agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestral, 2 humidificadores; 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimestral y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente.<br><br>Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar y en caso de falla eléctrica suplir el suministro de oxígeno antes de las seis horas siguientes a la solicitud independientemente de las recargas que necesite el paciente, (según necesidad del paciente.) | | X | |
| | Para los casos de suministro de paquete de concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | | |
| | Este paquete solo será ordenado por el médico especialista en Neumología y autorizado por la Junta de Neumología del HOCEN o por acción de tutela. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60 Hz | | X | |
| | Concentración de oxígeno: 90%. | | X | |
| | Administración de oxígeno por dosis pulsada: configuraciones de 1 a 5 litros con incrementos de 0.5 litros. | | X | |
| | Peso: 4.5 kg con dos baterías. | | X | |
| | Duración de la batería: 4horas. | | X | |
| | Dimensiones: 30.5 x15.2 x21.6 cm. | | X | |
| | Altitud de funcionamiento: 2.438 m. | | X | |
| | Componentes: Carrito y Maletín de Trasporte - con Batería Recargable -Maletín Para Accesorios -Cable de Poder DC (carro) - Cable de Poder AC -Manual de Usuario. | | X | |
| 5. CPAP (Paciente adulto y pediátrico) | ⍰ Equipo CPAP de sistema digital con rampa y tarjeta de lectura, e impresiones mensuales para control de tratamiento por el Médico Neumólogo o Médico Especialista tratante. | PAQUETE | X | |
| | ⍰ Máscaras siliconada, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | ⍰ Cambio de máscara anual y en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | ⍰ Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión bimensual, dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | ⍰ Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | ⍰ Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | ⍰ Presión de 4 a 20 cm de H20. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el prestador por garantía. | | X | |
| 6.CPAP MAS OXIGENO (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo CPAP de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujometro. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| | Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión 4 a 20 cm de H2O. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el prestador por garantía. | | X | |
| 7.CPAP MODO AUTO (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo CPAP MODO AUTO de sistema digital con rampa y tarjeta de lectura, e impresiones bimensuales para control de tratamiento por el Médico Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | Máscaras siliconadas, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta Irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual y en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el prestador por garantía. | | X | |
| 8. EQUIPO CPAC MODO AUTO + OXIGENO | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro y regulador y flujometro<br>Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 | PAQUETE | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (Paciente Adulto y pediátrico) | metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | | |
| | Equipo CPAP MODO AUTO de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo. | | X | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Rango de presión: 4 -20 cm, incrementos de presión de 0,5 | | X | |
| | Presión de rampa inicial: 4 a CPAP, ajustable al paciente | | X | |
| | Tiempo de rampa: 0 - 45 min, incrementos de 5 min. | | X | |
| | Peso: 12.53kg. | | X | |
| | Dimensiones: 18 cm de largo x 14 cm de ancho x 10cm de largo. | | X | |
| | Médica de cumplimiento: Detección de respiración. | | X | |
| | Requisitos eléctricos: 100 -240 V CA, 50/60 Hz | | X | |
| | Capacidad de almacenamiento mínima: visualización de datos de la terapia en pantalla de 7 a 30 días, Almacenamiento de datos en la SD mayor a 1 año. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | | |
| 09. EQUIPO BIPAP (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo BIPAB de sistema digital con rampa y tarjeta de lectura, e impresiones bimensuales para control de tratamiento por el Médico Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | Máscara siliconada, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual y en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | Equipo BIPAB de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo o médico tratante. | PAQUETE | X | |
| | Mascara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de mascara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujómetro. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10. EQUIPO BIPAP MAS OXIGENO (Paciente adulto y pediátrico) | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| 11. EQUIPO BIPAP MODO AUTO (Paciente adulto y pediátrico) | ⍰ Equipo BIPAB Modo AUTO de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | ⍰ Mascaras siliconada, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | ⍰ Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | ⍰ Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas haciendo | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | la entrega de la impresión bimensual. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | | |
| | ▯ Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | ▯ Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | ▯ Presión de 4 a 20 cc. | | X | |
| | ▯ Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| 12. EQUIPO BIPAP MODO AUTO MAS OXIGENO (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo BIPAB de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo, y humidificador. | PAQUETE | X | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujómetro. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BIPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| 13. TERMO PARA SUMINISTRO DOMICILIARIO PARA PACIENTES DE 10 A 15 LITROS POR MINUTO Y TERMO DE OXIGENO LIQUIDO PORTATIL | Termo Oxígeno para suministro de 10 a 15 lt/min. Uso por cánula nasal para adultos y pediátrico. El prestador suministrará el número de termos mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | PAQUETE | X | |
| | Termo de Oxigeno liquido Portátil para Suministro de 1LPM a 10LPM peso 2.7 kilogramos, válvulas de llenaje superior y lateral, medidor de nivel LED, se debe entregar protocolo de manejo realizar seguimiento mensual del uso de los dispositivos. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar. | | | |
| | Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente, además debe incluir solución salina, gasas, guantes estériles, tapabocas, a necesidad del paciente.) Tienda de traqueostomía, solamente en los casos que se requieran según recomendación del médico especialista y autorización de la central de referencia. | | X | |
| | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional | | X | |
| | Este paquete solo será prescrito por indicaciones de médico especialista en neumología y autorizado mediante fallo de tutela o por Junta de Neumólogos del HOCEN. | | X | |
| 14. BIPAP CON MODOS VENTILATORIOS | Dispositivo bi-nivel con modo ventilatorios, con función de volumen corriente, soporte de frecuencia respiratoria. Ventilación no invasiva para pacientes con Apnea de Sueño, Insuficiencia respiratoria, Pacientes neuromusculares, pacientes hipo ventilados, que no requieran más de 18 horas de soporte ventilatorio no invasivo.<br>Tecnología de punta, rampa inteligente, detención de eventos respiratorios, grafica de curvas: Presión-Flujo, alarmas, auto compensación de fugas, silencioso. Forma de programación CPAP, S,T,S/T, varias maneras de revisión del informe del sueño ; Informe rápido vía pantalla del dispositivo (APP), código QR (APP), Software (tarjeta SD ) | PAQUETE | X | |
| | Modo de programación CPAP,S,T,S/T | | X | |
| | Rango de Presión IPAP: 4 A 30 cm de H2O EPAP :4 a 25 cm de H2O | | X | |
| | Vt On /Off, 150 – 1500 ml | | X | |
| | Frecuencia Respiratoria 3- 40 RPM | | X | |
| | TI 0.3 – 3.0 | | X | |
| | Peso: entre 1.7Kg a 2.5Kg | | X | |
| | Dimensiones del Dispositivo; Propias de cada marca | | X | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente | | | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujometro | | X | |
| | En el cambio de la máscara de BIPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | x | |
| 15. CONCENTRADOR DE ALTO FLUJO PARA SUMINISTRO DOMICILIARIO PARA PACIENTE DE 5 A 10 LITROS POR MINUTO | Concentrador de alto flujo fijo de suministro de oxígeno DE 5 A 10 LITROS por minuto, cánula nasal (su cambio se realizará de manera mensual, manual del usuario. El usuario deberá responder por el buen uso de equipos, en caso de daño, pagará solidariamente. | PAQUETE | x | |
| | Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar y en caso de falla eléctrica suplir el suministro de oxígeno antes de las seis horas siguientes a la solicitud independientemente de las recargas que necesite el paciente, (según necesidad del paciente.) | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | ⍰ Para los casos de suministro de paquete de concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Este paquete solo será prescrito por indicaciones del médico especialista en Neumología. | | X | |
| | ⍰ Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60 Hz | | X | |
| | ⍰ Concentración de oxígeno: 90% más o menos 3% por minuto | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16.SERVICIO DE TERAPIA DE ALTO FLUJO | Alquiler Equipo de alto flujo que está constituido por una cámara de agua reutilizable, circuitos respiratorios y cánula nasal de alto flujo.<br><br>Soporte Respiratorio no invasivo diseñado para Suministrar Flujos de entre 2 a 60 LPM. Mezclando aire y oxígeno, humidificado y calentado a través de una cánula nasal diseñada específicamente para esta terapéutica, para pacientes pediátrico y adultos con opción de temperatura de 31°, 34° y 37°C<br><br>La Entrega del equipo se realizará por parte de una terapeuta respiratoria que le brindará la capacitación del uso y buen manejo de dicho sistema se realizará seguimiento telefónico a la semana, a los 15 días y al mes visita domiciliaria, después de la primera visita al mes se seguirá realizando mensualmente.<br><br>Entrega de cánula de alto flujo en el primer servicio con cambio a demanda de acuerdo a la patología del paciente y a la talla del paciente si es pediátrico o adulto.<br><br>Este paquete Incluye El Concentrador de alto flujo fijo de suministro de oxígeno de 5 A 10 LITROS por minuto, El usuario deberá responder por el buen uso de equipos, en caso de daño, pagará solidariamente.<br><br>Este paquete solo será solicitado por el médico especialista en Neumología y autorizado por la Junta de Neumólogos de HOCEN o por Acción de tutela. | PAQUETE | X | |
| 17. SUCCIONADOR PORTATIL CON INSUMOS | Succionador portátil de secreciones, que incluye motor, los desechables del equipo (recipiente recolector de secreciones plástico, guantes estériles, tapabocas, solución salina y gasas a necesidad del paciente). Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente. | | X | |
| 18. ALQUILER DE CILINDRO DE OXIGENO DE 3-6-8 METROS CÚBICOS | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional | MENSUAL | X | |
| | Flujómetro con regulación de 0- 15 lit/min. | | X | |
| | Dimensiones: de 3 - 6 - 8 metros cúbicos. | | X | |
| | Componentes: Regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno | | X | |
| | Flujómetro con regulación de 0- 15 lit/min. | | X | |
| | Componentes: Regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno | | X | |
| 19. ALQUILER DE CILINDRO | Cilindro de Oxígeno portátil de 1 metro cubico con manómetro regulador, uso por cánula nasal para adultos mayor o menor de 18 | MENSUAL | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PORTÁTIL DE OXIGENO | horas diarias. El prestador suministrará el número de cilindros mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | | | |
| | ▯ Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | ▯ Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional. | | X | |
| | ▯ Flujómetro con regulación de 0,5 - 15 lit/min. | | X | |
| | ▯ Dimensiones: de 1 metros. | | X | |
| | Componentes: Regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| 20. RECARGA DE CILINDRO OXIGENO VALOR METRO CUBICO | Las recargas de cilindros de oxígeno deberán prestar el servicio de recarga de cilindros de oxígeno propiedad de la UPRES BOGOTÁ CUNDINAMARCA ubicados en los Establecimientos de Sanidad Policial de Atención Básica y de Mediana Complejidad y/o el servicio de alquiler de estos equipos en los ESPAB donde no existan, en | METRO CUBICO | X | |
| | ▯ ESPRI Escuela Nacional de Carabineros (ESCAR) | | X | |
| | ▯ ESPRI Escuela Gonzalo Jiménez de Quesada en vía a Sibaté (ESJIM) | | X | |
| | ▯ ESPRI Escuela del Sumapaz en Fusagasugá (ESSUM) | | X | |
| | ▯ ESPRI NORTE | | X | |
| | ▯ ESPRI CHAPINERO | | X | |
| | ▯ ESPRI DUARTE VALERO | | X | |
| | ▯ ESPRI SAN ANTONIO | | X | |
| | ▯ EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR | | X | |
| | De igual forma se deberá realizar la recarga a las balas existentes en las ambulancias propiedad de la Regional de Aseguramiento en Salud No1, según necesidad. | | X | |
| | Realizar prueba hidrostática a cada uno de los cilindros incluido los Establecimientos de Sanidad Policial de Atención Básica, de Mediana Complejidad y ambulancias de propiedad de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21. NITROGENO LIQUIDO REFRIGERADO PRESENTACION CANTINA Y/O THERMO DE 10 A 25 LTS | Alquiler mes y recarga de producto según requerimiento del dispensario,<br>Gas incoloro inodoro e insípido. No tóxico. No es inflamable ni aumenta la combustión.<br>Usos Medicinales: En forma líquida: Congelamiento de la sangre, medula ósea, esperma, tejidos.<br>En forma gaseosa: Propulsor de instrumentos quirúrgicos neumáticos (Turbinas), mezclas de Uso Respiratorio cuya unidad de medida es KG el cilindro de 6 a 6.5 M3<br>Peso molecular: 28.01<br>Temperatura de fusión: 209.9°C<br>Temperatura de ebullición: -195.8°C<br>Temperatura crítica: -146.9°C<br>Densidad relativa del gas (aire = 1): 0.967 a 1 atm y 21.1°C<br>Densidad del líquido en el punto de ebullición: 808.5 kg/m3<br>Presión crítica: 3399 kPaabs (493 psia)<br>Solubilidad en agua vol/vol a 0°C: 0.023<br>Apariencia y color: Gas incoloro<br>Olor: Sin olor que advierta los riesgos de su presencia<br>Elemento utilizado para la conservación de muestras de tejidos, tanto de laboratorios de investigación como en la fecundación in vitro, criocirugías y congelación. | METRO CUBICO | X | |
| 22. OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL EN TANQUE) | GAS LICUADO REFRIGERADO | METRO CUBICO | | |
| | CONCENTRACION 99,9% | | | |
| | GAS NO IMFLAMABLE | | | |
| | GAS OXIDANTE | | | |
| | TANQUE CRIOGENICO CAPACIDAD MINIMA 1.500 GALONES | | X | |
| | UNIDAD DE REGULACION CUMPLIENDO NORMA - NFPA 99 | | | |
| | SISTEMA DE TELEMETRIA | | | |
| | GASIFICADOR DE CAPACIDAD MINIMA DE 40 METROS CUBICOS HORA | | | |
| | PANEL DE ALAMA OPERACIONAL | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23. AIRE MEDICINAL<br>GASEOSO | MEZCLA EN FORMA GASEOSA<br>AIRE COMPRIMIDO<br>AIRE MEZCLA DE 19,5 a 23,5 por ciento de oxígeno, balance Nitrógeno<br>PRESENTACION CILINDRO DE CAPACIDAD DE 6, 8 METROS CUBICOS<br>GAS COMPRIMIDO NO INFLAMABLE<br>CO2< a 500 ppm , CO < a 10ppm , SO2 < a 5ppm, NO y NO2 <2,5 ppm | METRO CUBICO | X | |
| 24. DIOXIDO DE CARBONO | PUREZA 99,99 %<br>GAS MEDICINAL<br>PRESENTACION CILINDROS DE 25 A 30 KILOGRAMOS<br>GAS LICUADO<br>GAS INERTE<br>FORMULA QUIMICA CO2; MASA, MOLECULAR 44G/MOL<br>PUNTO DE EVULLICION -78.5 °C<br>PUNTO CRITICO 31,06°C<br>DENSIDAD RELATIVA 1,53 (referencia aire a 0°C, densidad: 1,292 Kilogramos / metros cúbicos a 0°C, 1013°C bares | KILOGRAMO | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 25. NITROGENO GASEOSO | PUREZA 99,99 %<br>GAS INDUSTRIAL<br>PRESENTACION CILINDROS DE 6,8 METROS CUBICOS<br>PRESION 2100 PSI<br>Gas incoloro inodoro e insípido. No tóxico. No es inflamable ni aumenta la combustión.<br>En forma gaseosa: Propulsor de instrumentos quirúrgicos neumáticos (Turbinas), mezclas de Uso Respiratorio cuya unidad de medida es KG el cilindro de 6 a 6.5 M3<br>Peso molecular: 28.01<br>Temperatura de fusión: 209.9°C<br>Temperatura de ebullición: -195.8°C<br>Temperatura crítica: -146.9°C<br>Densidad relativa del gas (aire = 1): 0.967 a 1 atm y 21.1°C<br>Presión crítica: 3399 kPaabs (493 psia)<br>Solubilidad en agua vol/vol a 0°C: 0.023<br>Apariencia y color: Gas incoloro<br>Olor: Sin olor que advierta los riesgos de su presencia | METRO CUBICO | X | |
| 26. ALQUILER DE CILINDROS PARA USO HOSPITALARIO | Se incluyen los gases de aire medicinal, oxigeno gaseoso medicinal, dióxido de carbono (CO2) medicinal, nitrógeno y demás gases que se requiere para uso instituciones clínicas. | MENSUAL | X | |

| ELEMENTOS INCLUIDOS EN EL SUMINISTRO DE OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1. Cilindro con rango entre 6 a 8 metros cúbicos con manómetro y flujómetro. | X | |
| 2. Cilindro Portátil con rango entre 400 a 415 litros con manómetro y flujómetro, y carro de transporte. | X | |
| 3. Cilindro Portátil con rango entre 600 a 682 litros con manómetro y flujómetro, y carro de transporte. | X | |

| | | |
|---|---|---|
| 4.Succionador de secreciones | X | |
| Oxímetro de pulso y sensor para adulto y se incluirá según indicación médica del Programa de Oxígenos de la Regional de Aseguramiento en Salud.<br>Oxímetro de pulso y sensor pediátrico y se incluirá según indicación médica del Programa de Oxígenos de la Regional de Aseguramiento en Salud | X | |
| 6. Regulador pediátrico | | |
| ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLE | |
| | SI | NO |
| Alquiler de cilindro de oxígeno de 6-8 metros cúbicos. | X | |
| Alquiler de cilindro de oxígeno portátil. | X | |
| NITROGENO LIQUIDO REFRIGERADO PRESENTACION CANTINA Y/O THERMO | X | |
| Recarga de cantina y/o Thermo de nitrógeno liquido | X | |
| Alquiler de Regulador de oxígeno | X | |
| Oxímetro de pulso y sensor para adulto y pediátrico | X | |
| PRODUCTOS DESECHABLES | CUMPLE | |
| | SI | NO |
| 1. Cánula nasal adulto, cánula de alto flujo | X | |
| 2. Cánula nasal pediátrica, cánula de alto flujo | X | |
| 3. Cánula nasal prematuro | X | |
| 4. Humidificador | X | |
| 5. Agua destilada, bolsa de 500 mililitros | X | |
| 6. Solución salina. | X | |
| 7. Máscara, arnés y protector facial para los equipos de CPAP y BPAP de tres tallas de gel y silicona con conector de oxigeno | X | |
| 8. Puerto de exhalación | X | |
| 9. Elementos desechables para los equipos de succión de secreciones. (Recipiente recolector de secreciones plástico, liner, canester, caucho de succión, sondas, guantes estériles, tapabocas, solución salina y gasas a necesidad del paciente). | X | |
| 10.Kit ventury o sistema de oxigenación solicitado por médico tratante | X | |
| 11. Mangueras corrugadas equipos BIPAP y CPAP. | X | |

| | | |
|---|---|---|
| 12. Tienda de Traqueostomía | X | |

NOTA: El registro de la tarjeta de memoria del equipo CPAP o BIPAP, deberá ser entregado al paciente y analizado por el Médico Neumólogo, Internista o profesional médico del Programa de Suministro de oxígeno domiciliario de perteneciente a RASES N°1 o profesional médico tratante con el fin de manejar, controlar, direccionar y hacer un seguimiento del paciente frente al tratamiento instaurado.

Los usuarios de poblaciones distantes o difícil acceso y previamente concertadas con el supervisor de contrato tendrán un control bimestral en el ESPRI más cercano al domicilio, este se realizará en coordinación con la jefatura del grupo asistencial, el coordinador médico y el jefe del ESPRI cercano al domicilio del usuario. Para lo cual el contratista informara las dificultades de manera oportuna al Supervisor del contrato, con el fin de poder programar los desplazamientos y posteriormente generar la autorización de los servicios tanto de insumos y suministros como la visita de terapia respiratoria.

Cuando el paquete se rompa por el no cumplimiento de la totalidad de las condiciones establecidas en el mismo, se reconocerá los servicios efectivamente prestados y debidamente soportados por el contratista, quedando establecido que el valor de los insumos se reconocerá a factura de compra más un porcentaje de intermediación del 12%, el valor de la terapia respiratoria será a tarifa SOAT 2021, para lo cual el contratista deberá enviar anexo a la factura en formato Excel, la relación de los pacientes visitados por terapia mensualmente con el fin de establecer que el usuario si ha sido visitado dentro del tiempo establecido en las condiciones establecidas en el proceso.

| ITEM | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | El valor del paquete de suministro integral por paquete mensual de oxígeno medicinal domiciliario (con cobro diario), debe incluir los aditamentos, insumos, el alquiler del equipamiento de última tecnología (con tarjeta de registro de uso diario para el CPAP y el BIPAP), asesoría, valoración por terapia respiratoria y entrenamiento para los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, tanto en población adulta como pediátrica, en el departamento de Amazonas, Bogotá, Boyacá (el cual incluye por georreferenciación los siguientes municipios de Santander: Vélez, Barbosa, Albania, Florián, Gambita, Suaita, Güepsa, Jesús María, La Belleza, Puente Nacional, San Benito Sucre, Aguada, Bolívar, Chipatá, el peñón, Guavatá, La Paz, Santa Helena del Opón),departamento de Cundinamarca incluyendo Melgar y Flandes en Tolima, el Departamento de Guainía, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Vichada. o a usuarios que se hallen transitoriamente en Bogotá D.C., según se especifica en la Resolución No.05644 del 10 de Diciembre de 2019, Por la cual se define la estructura orgánica interna, se determina las funciones de la Dirección de Sanidad y se dictan otras disposiciones Remplazando la Resolución No.283 del 02 de febrero de 2017, emanada por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. | X | |
| 2 | El oferente garantiza mantener en su almacén certificado con CCAA por parte del INVIMA, un stock de insumos, accesorios, aditamentos y equipamiento incluido | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | dentro del paquete de suministro integral de oxígeno domiciliario, que permita cubrir las necesidades de la institución en forma oportuna por el término que dure el contrato. Los tiempos de entrega se dividirán de la siguiente manera:<br><br>Para la población que se encuentre en zona urbana deberá ser entregado en un rango de 24 horas una vez solicitado el servicio.<br><br>Para la población que se encuentre cerca al casco urbano la entrega se realizará en un rango de entre 24 y 48 horas contados a partir de la solicitud del servicio.<br><br>Para la población que encuentre lejana al casco urbano la entrega se realizará en un rango de entre 48 y 120 horas contados a partir de la solicitud del servicio. | | |
| 3 | El oferente garantiza realizar el cambio de los insumos o equipamiento por defectos de fabricación o mala calidad, dentro de los rangos establecidos en el Ítem anterior. | X | |
| 4 | El oferente certificará que acepta y facilitará LA AUDITORIA DEL CONTRATO de los servicios prestados a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | X | |
| 5 | El oferente garantizará el suministro integral de oxígeno domiciliario por paquete mensual por paciente, así como también el pago de consumo diario, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana incluyendo sábados, domingos y festivos, previa autorización escrita por la central de Referencia y Contra referencia.<br><br>Las autorizaciones de los fines de semana y festivos se generarán el día hábil siguiente previa observación realizada en la autorización especificando día de entrega del servicio. | X | |
| 6 | El oferente mediante informe mensual con recibo a satisfacción firmado por el usuario certificará la capacitación a los usuarios que ingresen al programa de oxígeno, en el uso de equipos y aditamentos al iniciar el servicio y en cualquier momento que el supervisor del contrato lo requiera con previa solicitud de un mes. | X | |
| 7 | Registro del INVIMA: El oferente deberá presentar Registro del INVIMA, para cada uno de los equipos ofertados. En el caso que no requiera de certificación deberá presentar la debida constancia expedida por el INVIMA. | X | |
| 8 | Certificación de Fabricante y/o Distribuidor: en el caso que el oferente sea fabricante de gases medicinales, deberá aportar certificado vigente de BPM`s emitido por el INVIMA según lo estipulado en la Resolución No. 1674 de 2004 y el decreto No. 667 de 1995 y para el caso de distribuidor deberá aportar Acta de autorización vigente emitida por la Secretaría de Salud correspondiente, según lo estipulado en las Resoluciones No. 1403 de 2007 y 2200 de 2005. | X | |
| 9 | El oferente debe presentar con su oferta catálogo (en idioma castellano) de los equipos ofertados, para verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | solicitadas en el Anexo No. 2 CONDICIONES Y OFERTA TÉCNICA, del presente proceso. | | |
| 10 | El Oferente debe certificar una póliza de amparo y garantía de cubrimiento contra todo riesgo de los equipos de Oxígeno, CPAP Y BIPAP, y los que sean pertinentes, por lo que no ocasionarán cobro alguno para el paciente ni la institución. | X | |
| 11 | El oferente debe prestar el servicio de recarga de cilindros de oxígeno y otros gases medicinales "Oxigeno Liquido medicinal, Aire medicinal gaseoso, Dióxido de carbono Nitrógeno gaseoso, en aquellos Establecimientos donde se cuente con los mismos.<br><br>Así mismo prestará el alquiler de los cilindros y sus recargas en los siguientes Establecimientos:<br>ESPRI Escuela Nacional de Carabineros (ESCAR)<br>ESPRI Escuela Gonzalo Jiménez de Quesada en vía a Sibaté (ESJIM)<br>ESPRI Escuela del Sumapaz en Fusagasugá (ESSUM)<br>ESPRI NORTE<br>ESPRI DUARTE VALERO<br>ESPRI SAN ANTONIO<br>EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR<br>ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD COMPLEMENTARIO DE LA POLICIA NACIONAL BOYACA (ESPCO)<br>ESPRI DUITAMA<br>ESPRI SOGAMOSO<br>Escuela de policía Rafael Reyes<br>Escuela de carabineros VELEZ.<br>OTROS ESTABLECIMIENTOS QUE DETERMINE LA REGIONAL N°1, DE ACUERDO A LA APERTURA Y/O CIERRE DE LOS MISMOS.<br><br>El oferente deberá realizar el monitoreo de necesidad de carga al menos cada dos meses y el aviso a la Central de Autorizaciones de la Oficina del grupo Asistencial de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1 para la autorización respectiva, y/o de acuerdo a requerimiento directo de la Central de Autorizaciones Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de | X | |

<table>
<tr><td></td><td>Aseguramiento en Salud N°1, en caso de necesidad de recarga antes de los dos meses de la periodicidad pactada para este servicio.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td>El oferente al cual se le adjudique el presente proceso deberá entregar en comodato a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 un tanque criogénico de oxígeno liquido el cual estaría ubicado en la Clinjica de la policía sede sur calle 51 sur N.90-07 el es proyectado para que cumpla el volumen establecido para suministrar a los siguientes puntos de oxígeno:
<table>
<tr><th>ITEM</th><th>UBICACIÓN TOMAS</th><th>No TOMAS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>PISO 4</td><td>24</td></tr>
<tr><td>2</td><td>PISO 3</td><td>24</td></tr>
<tr><td>3</td><td>CONSULTORIOS</td><td>23</td></tr>
<tr><td>4</td><td>UCI</td><td>10</td></tr>
<tr><td>5</td><td>SALA DE CX</td><td>3</td></tr>
<tr><td>6</td><td>RECUPERACION</td><td>6</td></tr>
<tr><td>7</td><td>PREPARACION</td><td>3</td></tr>
<tr><td>8</td><td>CONSULTORIOS</td><td>15</td></tr>
<tr><td>9</td><td>TERAPIA RESPIRATORIA</td><td>5</td></tr>
<tr><td>10</td><td>ERA Y EDA</td><td>10</td></tr>
<tr><td>11</td><td>PROCEDIMIENTOS</td><td>2</td></tr>
<tr><td>12</td><td>REANIMACION</td><td>1</td></tr>
<tr><td>13</td><td>OBSERVACION PEDIATRIA</td><td>11</td></tr>
<tr><td>14</td><td>OBSERVACION ADULTO</td><td>21</td></tr>
<tr><td>15</td><td>IMAGENES</td><td>3</td></tr>
<tr><td colspan="2">TOTAL</td><td>161</td></tr>
</table>
Nota: Cada oferente realizará su cálculo de consumo y definirá el tanque a proveer con capacidad mínima de 1500 galones.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>El oferente deberá asumir los costos de instalación del tanque de oxígeno liquido entregado en comodato (Incluye la unidad de regulación, gasifica dores, panel de</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | alarma operacional, tuberías y demás accesorios querer se requieran para la instalación.) | | |
| | El oferente deberá asumir los costos de verificación del tanque con una periodicidad mensual, en donde se revisen los niveles del mismo, el cual no puede ser inferior al cincuenta por ciento (50%), así mismo, se corroborará el buen funcionamiento. | X | |
| 14 | Se programa visita técnica el SEGUNDO DÍA HABIL POSTERIOR A LA PUBLICACIÓN DEL PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVO, la cual tendrá lugar en la EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR ubicada en la Calle 51 sur No. 90 – 07 en el horario de 8:00 am a 12:00 m., con la finalidad que los oferentes puedan verificar las condiciones técnicas para el funcionamiento del tanque de oxígeno líquido.<br><br>Nota 1: Cada oferente deberá tomar contacto el señor Intendente Pedro Norbey Romero Poveda en el abonado telefónico 320 259 3445, con el fin de registrar el personal que asisitrá a la visita.<br><br>Nota 2: Para la presente visita la Regional de Aseguramiento de Salud No. 1 levantará acta en donde se plasmarán los asistentes y las inquietudes y observaciones que los oferentes tengan. | X | |
| 15 | El oferente una vez cumplido la recarga de las balas de oxígeno en cada Establecimiento de Sanidad Policial de Atención Básica y de Mediana Complejidad, solicitará la firma del documento que acredite (recibo a satisfacción) la recarga de las balas o la entrega de equipos autorizados previamente por parte del Facilitador de Sanidad del ESPRI donde realizó el servicio este se tramitará junto con la autorización generada desde la Oficina de Referencia-Contra referencia y autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. | X | |
| 16 | El oferente deberá realizar las pruebas de calibración e hidrostática de los reguladores y los cilindros de oxígeno, de los equipos propios de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1, que requieran recarga. | X | |
| 17 | El oferente realizará pruebas hidrostáticas de los cilindros en las Ambulancias que así lo requieran y entregará el reporte respectivo de dichas pruebas al supervisor del contrato con copia a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia y Autorizaciones de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1.<br><br>Estas pruebas se realizarán una vez sea entregada la carta de inicio del contrato con un plazo no mayor a treinta días calendario. | X | |
| 18 | El oferente deberá diligenciar y presentar el Anexo FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO de la presente invitación con el fin de verificar y garantizar el recurso humano, para el cumplimiento del objeto a contratar requerido por la entidad, así: | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Recurso Humano Recurso Humano: Se requiere un (01) Ingeniero mecánico, Ingeniero civil o técnico especializado, que acredite como mínimo tres (3) años de experiencia en la instalación de redes de gases medicinales, la cual debe ser acreditada durante los últimos tres (3) años a la presentación de la propuesta.<br><br>NOTA 1: El Recurso Humano requerido realizará de manera conjunta los trabajos descritos en el presente Anexo y adicionalmente será el PROFESIONAL, quien firmará el informe por cada actividad realizada en la prestación del servicio.<br><br>Para acreditar la experiencia, el oferente debe anexar mínimo dos certificaciones de las entidades en las cuales el Ingeniero mecánico, Ingeniero civil o técnico especializado ha llevado a cabo la instalación de redes de gases medicinales. | | |
| 19 | El oferente deberá certificar que la garantía por defectos de fábrica o mala calidad de los materiales, es mínimo de Un (01) año siguiente a la instalación de las redes de gases medicinales. | X | |
| 20 | El oferente se compromete a cambiar el elemento que presente cualquier defecto o mala calidad sin costo alguno para la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, dentro de las 72 horas siguientes al requerimiento. El cambio se solicitará por parte del Supervisor del Contrato | X | |
| 21 | El oferente deberá hacer entrega de las fichas técnicas de la tubería y adjuntar planos récord de la tubería. | X | |
| 22 | Garantía por mano de obra: El Oferente debe ofrecer la garantía por mano de obra por término de la vigencia del contrato y SEIS (6) meses más. | X | |
| 23 | El oferente asumirá la responsabilidad de los posibles daños ocasionados sobre la infraestructura o los equipos por parte de sus empleados, en las instalaciones de la ESPCO Clínica del sur. | X | |
| 24 | El oferente deberá tomar las medidas necesarias para protección de pisos, muros, techos, carpintería, instalaciones, equipos, en general todas las Instalaciones y deberá hacer entrega de las mismas en el estado en que le fueron confiadas. | X | |
| 25 | El oferente se compromete a entregar la instalación de redes de gases medicinales instalada, así mismo en caso de que deba realizarse alguna preinstalación esta correrá por cuenta del proveedor. | X | |
| 26 | El oferente garantizara que la instalación de redes de gases medicinales es nueva; es decir que no sea usada, fabricada con materiales resistentes, de alta calidad y durabilidad. | X | |
| 27 | El oferente debe anexar protocolos de limpieza y desinfección | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 28 | El Oferente se compromete a diligenciar y entregar el reporte de servicio respectivo y efectuar las recomendaciones pertinentes para evitar posibles fallas, una vez realice la instalación de redes de gases medicinales. | X | |
| 29 | El Oferente debe garantizar que el tiempo de respuesta será máximo de doce (12) horas para cualquier requerimiento de mantenimiento correctivo. | X | |
| 30 | El Oferente que resultare adjudicatario realizara las visitas correctivas cuantas veces sea necesario en horas hábiles durante la ejecución del contrato sin costo adicional para el ESPCO Clínica del sur de la Policía Nacional. | X | |
| 31 | El oferente deberá presentar el certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación Inicial o autoevaluación de los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | X | |

| CONDICIONES ESPECIFICAS | | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| Entrega, Instalación, mantenimiento y recolección de equipos | | | |
| 1 | El contratista enviará un informe diario vía correo electrónico a la Oficina de referencia, contrarreferencia y autorizaciones, especificando fecha de entrega y descripción detallada de los equipos e insumos entregados por primera vez, así como el consumo, recolección y novedades presentadas en los usuarios del programa, para lo cual el contratista debe disponer el acceso a su página web o estadística de pacientes autorizados. | X | |
| 2 | El contratista se compromete en caso de resultar adjudicatario del contrato de suministro integral de oxígeno medicinal domiciliario, por paquete integral mensual por paciente o pago por consumo diario según corresponda, a prestar el servicio de acuerdo a las características técnicas mínimas por paquete según la indicación médica. | X | |
| 3 | El contratista se compromete en caso de resultar adjudicatario del proceso de suministro integral de oxígeno medicinal domiciliario, por paquete integral mensual por paciente o pago por consumo diario según corresponda, a sostener la tarifa ofertada durante el tiempo que dure el contrato. | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | El contratista garantizará la entrega de los equipos e insumos objetos del contrato en el domicilio referido por los usuarios adscritos a la Regional de Aseguramiento en Salud N°1. | X | |
| 5 | El contratista se compromete a la realización bimestral de una visita domiciliaria de control que incluye: revisión del funcionamiento de los equipos e insumos, capacitación y verificación al paciente en el uso de los mismos y realización de oximetría para cada paciente, durante la vigencia del contrato, sin costo adicional al paquete. El servicio debe ser prestado por profesionales habilitados (terapeuta respiratorio,) por las entidades de control, de igual manera realizará visitas adicionales si son requeridas por el Área de Aseguramiento en Salud de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1 la cual debe ser realizada dentro de las siguientes 24 horas, de realizada la solicitud. | X | |
| 6 | El contratista enviará al supervisor del contrato, la evaluación clínica y registro de oximetría realizada por terapeutas respiratorias habilitadas según formato autorizado por el Grupo Prestador de Salud de manera mensual (reporte físico y medio magnético), así como el informe de registro de novedades diario por correo electrónico al supervisor del contrato para efectuar los trámites o medidas pertinentes y no generará costos adicionales al contrato. | X | |
| 7 | El contratista realizará educación al "usuario y sus familiares en el uso del equipo asignado y aditamentos," al iniciar el servicio y periódicamente de manera bimestral a los pacientes del programa de oxígeno domiciliario autorizados para lo cual deberá presentar soporte de recibo a satisfacción por parte del usuario. | X | |
| 8 | El contratista informará al usuario que la pérdida, daño, la no entrega oportuna de los equipos o el no llamado por parte del usuario para informar la suspensión de equipos de presión positiva, oxígeno domiciliario u hospitalización, será pagado por el usuario. | X | |
| 9 | La empresa es responsable del mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos y aditamentos, por lo cual deben responder las solicitudes de mantenimiento de los equipos por fallas o mal funcionamiento, dentro de las siguientes 24 horas del llamado, garantizando el cambio de equipos o aditamentos para dar continuidad del servicio al paciente y anexar el cronograma mensual de mantenimiento de los equipos y aditamentos. | X | |
| 10 | El contratista enviará al Área de Aseguramiento en Salud un informe sobre el estado de mantenimiento de los equipos objeto del contrato, con periodicidad bimestral y las reparaciones a los equipos deben ser informadas dentro de los siguientes cinco (5) días calendario (adjuntar ficha técnica por equipo). | X | |
| 11 | Los elementos desechables se deben cambiar en el momento que se requiera por daño, defecto de fabricación o mala calidad, y por uso cada dos meses. Los elementos desechables al ser cambiados deben ser destruidos en presencia del usuario y/o sus familiares. | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | El contratista enviará informe diario (en formato Excel por correo electrónico convenido), de los elementos desechables cambiados por paciente, por daño, defecto de fabricación o mala calidad y por uso, con soporte de recibo a satisfacción por parte del usuario. | X | |
| 13 | El contratista será responsable de los daños materiales y lesiones a los usuarios por fallas en los equipos y aditamentos objeto del contrato, así como de la no entrega del suministro (equipos e insumos) dentro de las 24 horas posteriores a la radicación de la orden médica autorizada. Se debe reportar al supervisor del contrato la ocurrencia de eventos adversos y/o complicaciones derivadas del uso de los mismos de manera inmediata. | X | |
| 14 | El contratista enviará al Supervisor del contrato el listado mensual de pacientes atendidos, en orden alfabético, con los datos del paciente (número de documento de identificación, dirección, teléfono del sitio donde se presta el servicio, fecha y hora de radicación de solicitud, fecha de ingreso, fecha de entrega de la totalidad del paquete y egreso del programa, discriminando la técnica de suministro de oxígeno utilizada y el consumo de oxígeno (concentrador, CPAP, BPAP, Oxigeno por cilindro etc.), incluyendo fecha del primer servicio, y el reporte de tarjeta de lectura, así como recibido a satisfacción del usuario del suministro, de la capacitación, del cambio, entrega y mantenimiento de equipos, del cambio y entrega de elementos e insumos, de las recargas, de las visitas por parte de Terapia Respiratoria, los registros de consumo, autorización de referencia y Contrarreferencia, reporte de novedades e informe mensual. Para los casos de suministro de paquete de Concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo. | X | |
| 15 | El contratista enviará al Área de Aseguramiento en Salud de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1, facturación y estado de ejecución del contrato mensualmente, e informará al supervisor del contrato cuando la ejecución del contrato se encuentre en un 70% del valor total del contrato. | X | |
| 16 | Registro del INVIMA: El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente el Registro del INVIMA. | X | |
| 17 | Certificación de Fabricante y/o Distribuidor: El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente el certificado de Buenas Prácticas de Manufactura " BPM`s "emitido por el INVIMA según lo estipulado en la Resolución No. 1674 de 2004 y el decreto No. 667 de 1995 y para el caso de distribuidor deberá aportar Acta de autorización vigente emitida por la Secretaría de Salud correspondiente, según lo estipulado en las Resoluciones No. 1403 de 2007 y 2200 de 2005. | X | |
| 18 | El contratista debe prestar el servicio de recarga y/o el servicio de alquiler del equipo "tanque de oxígeno liquido medicinal" ubicado en el ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE BOGOTA CUNDINAMARCA "EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR ". | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19 | El contratista se compromete a que el oxígeno liquido cumple con las características técnicas definidas en las normas técnicas y/o en la farmacopea vigente, así como con el uso medicinal, indicación y vía de administración requerida por institución. | X | |
| 20 | El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente las normas técnicas NTC-2465 transporte y rotulado de recipientes para gases a presión; y NTC 2880 Transporte de mercancías peligrosas y rotuladas, clases 2 condiciones de transporte, certificadas por el ICONTEC. | X | |
| 21 | El contratista deberá garantizar que la fecha de vencimiento del oxígeno liquido medicinal e insumos ofertados sea mínima de un (1) año, contado a partir de la fecha de entrega del bien. Se realizará la rotación del gas medicinal próximo a vencer en cumplimiento de la Resolución 371 de 2009 Plan de Gestión de Post Consumo de Medicamentos para evitar la generación como residuo. | X | |
| 22 | El contratista deberá garantizar el cambio del oxígeno liquido medicinal que se encuentren a tres (3) meses de cumplir su fecha de vencimiento, dentro de los 10 días calendario siguiente al requerimiento, sin costo alguno para la RASES No1. El cambio se solicitará por parte del supervisor del contrato, dentro de los 30 días calendario anterior a su fecha de vencimiento. | X | |
| 23 | El contratista deberá realizar actividades de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia ante la aparición de cualquier evento o incidente adverso que se presente con el uso del gas o dispositivos de administración, así como brindar capacitación en el uso, manipulación y almacenamiento adecuado del gas medicinal e insumos (gases) acorde a la normatividad vigente. | X | |
| 24 | El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 780 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen. | X | |
| 25 | En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, El contratista, deberá dar cumplimiento al decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Trabajo, libro 2. Régimen reglamentario del sector trabajo parte 2. Reglamentaciones título 4. Riesgos laborales, capítulo 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, al igual que lo establecido en la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". | | |

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE :

NIT o C.C. :

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :

C.C. :

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :

DIRECCIÓN :

TELEFONO :

E-MAIL :

### 1.3.2 EXPERIENCIA PROPONENTE

De acuerdo a los archivos adjuntos por la firma se evidenciaron los siguientes contratos que certifican un valor mayor correspondiente al 70% del presupuesto asignado al proceso, así:

**ENTIDAD. ALIANSALUDL –No 1-11001-073-2006.**

VALOR TOTAL $ 779.947.436

OBJETO. SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO, INSUMOS EQUIPOS , DISPOSITIVOS MEDICOS A LOS USUARIOS DE ESTA ENTIDAD

**COMPENSAR EPS No CONTRATO CSSN-009-2014**

VALOR $ 4.725.220.448

OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS DE OXIGENO EN EL PROGRAMA PLAN D EBENEFICIOS EN SALUD Y PLAN COMPLEMENTARIO

## CODIGOS REGISTRO UNICO DE PROPONENTES

| CLASIFICACIÓN UNSPSC | GRUPO | SEGMENTO | FAMILIA | CLASE |
|---|---|---|---|---|
| 12141900 | MATERIAS PRIMAS | MATERIA QUÍMICO INCLUYENDO BIOQUÍMICO Y MATERIALES DE GAS | ELEMENTOS Y GASES | NO METALES Y GASES ELEMENTALES PUROS |
| 12142100 | MATERIAS PRIMAS | MATERIAL QUIMICO INLUYENDO BIOQUÍMICOS Y MATERIALES DE GAS | ELEMENTOS Y GASES | GASES NATURALES Y GASES MIXTOS |
| 42191700 | PRODUCTOS DE USO FINAL | EQUIPO MEDICO, ACCESORIOS Y SUMINISTROS | PRODUCTOS DE CENTRO MÉDICO | PRODUCTOS DE GAS DE HOSPITAL |
| 42271900 | PRODUCTOS DE USO FINAL | EQUIPO MEDICO, ACCESORIOS Y SUMINISTROS | PRODUCTOS DE RESUCITACIÓN ANESTESIA Y RESPIRATORIO | PRODUCTOS PARA LA GESTIÓN DE LA VÍA AÉREA |
| 42272200 | PRODUCTOS DE USO FINAL | EQUIPO MEDICO, ACCESORIOS Y SUMINISTROS | PRODUCTOS DE RESUCITACIÓN ANESTESIA Y RESPIRATORIO | VENTILADORES Y ACCESORIOS DE PRESIÓN MECÁNICA POSITIVA |
| 85161500 | SERVICIOS | SERVICIOS DE SALUD | SERVICIOS DE MANTENIMIENTO, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE EQUIPO MEDIO QUIRÚRGICO | REPARACIÓN DE EQUIPO MEDIO O QUIRÚRGICO |

**Certificación emitida por la administradora de riesgos laborales (ARL) Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST) DONDE SE EVIDENCIA UN PUNTAJE DEL 100%**

**POR TAL MOTIVO CUMPLE**

**CONCLUSION FINAL**

**Luego de realizar la revisión de las subsanaciones solicitadas el comité técnico evaluador concluye que el oferente OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA ( OXICOL ) . CUMPLE con las condiciones técnicas mínimas requeridas**

Atentamente,

Subteniente **JORGE ENRIQUE CURREA CALDERON**

Comité Evaluador Técnico

DIEGO RODRIGUEZ PINEDA

CPS 4 **DIEGO RODRIGUEZ PINEDA**
Comité Evaluador Técnico, Medico General

ClaudiaRocioRodrigu

SM116 **CLAUDIA ROCIO RODRIGUEZ R.**
Comité Evaluador Técnico, Terapeuta Respiratoria Referencia

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

**No. GS-2024 - 67083 / RASES - GRUCO -17**

Bogotá D.C 13 de diciembre de 2024

Señor Capitán
**ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud N°1
Carrera 68 B Bis No 44-58

Asunto: Evaluación técnica del proceso PN RASES No. 1 SA 043 2024

De manera atenta y respetuosa me permito enviar a mi capitán la revisión técnica de la documentación adjuntada por las firmas **INVERSIONES LEAL Y OXIGENOS SAS,** en el desarrollo del proceso PN RASES No. 1 SA 043 2024, el cual tiene por objeto "**SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y ALQUILER DE EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DEAPNEA DE SUEÑO, SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO Y RECARGAS DE CILINDROS DE LAS AMBULANCIAS Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA UPRES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.**", así:

## INVERSIONES LEAL Y OXÍGENOS SAS

| ITEM | ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD MEDIDA | OFRECE | |
|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO |
| 1. CONCENTRADOR DE OXIGENO (uso menor o mayor a 18 horas diarias) | Concentrador de oxígeno para uso con cánula nasal, para adultos uso menor o mayor a 18 horas diarias. | PAQUETE | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestrales,2humidificadores; 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimestral y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar y en caso de falla eléctrica suplir el suministro de oxígeno antes de las seis horas siguientes a la solicitud independientemente de las recargas que necesite el paciente, (según necesidad del paciente.) | | X | |
| | Para los casos de suministro de paquete de concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas, dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | | |
| | Presión de salida: mayor o igual a 5,5 Psi | | X | |
| | Porcentaje de oxígeno: 93%+/- 3% | | X | |
| | Consumo de energía: 120 V / 60 Hz Peso: menor a 16 kg | | X | |
| | Rango de temperatura: mayor a 10 y menor a 40 °C | | X | |
| | Filtro de cuerpos extraños. Filtro de bacterias | | X | |
| | Dimensiones: menor a 62 de alto x menos de 40 cm de ancho x menos de 30,4 cm de profundidad. | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| 2. OXIGENO POR CILINDRO (para adultos uso mayor o menor de 18 horas | Oxígeno en cilindros con manómetro regulador, uso por cánula nasal para adultos mayor o menor de 18 horas diarias. El prestador suministrará el número de cilindros mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | PAQUETE | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestrales,2 humidificadores;2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas, dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente, además debe incluir solución salina, gasas, guantes estériles, tapabocas, a necesidad del paciente.) Tienda de traqueostomía, solamente en los casos que se requieran y según recomendación del médico especialista. | | X | |
| | Cilindro de transporte de un metro cubico que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte | | X | |
| | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional. | | X | |
| | Flujómetro con regulación de 0 - 15 lit/min. | | X | |
| | Dimensiones: de 6 -8 metros cúbicos. | | X | |
| | Oxígeno en cilindros con flujómetro regulador o micro flujómetro uso por cánula nasal o kit ventury o según indicación médica para paciente pediátrico. | PAQUETE | X | |
| | | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3. OXIGENO POR CILINDRO (paciente pediátrico) | El prestador suministrará el número de cilindros mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | | | |
| | Agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestral,2humidificadores;2cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Cilindro de transporte un metro cubico que incluye cinco recargas mensuales, el cambio de la cánula y el humidificador se realizara en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio. | | X | |
| | Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión, y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente, además debe incluir solución salina, gasas, guantes estériles, tapabocas, a necesidad del paciente.) Tienda de traqueostomía, solamente en los casos que se requieran (aproximadamente un 3% de los paquetes requeridos) y según recomendación del médico especialista y autorización de la central de referencia. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. Tienda de traqueotomía según especificación y orden de médico tratante. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional | | X | |
| | Flujómetro con regulación de rango de 1/8 hasta 1 lit/min. | | X | |
| | Dimensiones: de 6 -8 metros cúbicos. | | X | |
| | Componentes: regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno. Graduado en rango de 0 – 2000psi. | | X | |
| | Humidificador en material plástico transparente de 500 ml de capacidad. | | X | |
| 4.CONCENTRA DOR FIJO Y PORTATIL | Concentrador fijo con concentración de oxígeno hasta 96%, administración de oxígeno de 1 a 5 litros con incrementos de 0,5 litros, cánula nasal (su cambio se realizará de manera bimensual) Concentrador portátil suministra oxigeno de 1 a 5 LPM la dosis se incrementa en pulsos, consta de carrito o maletín de trasporte, con batería recargable de cuatro horas, maletín para accesorios - cable de poder DC (carro) - cable de poder AC., manual del usuario. El usuario deberá responder por el buen uso de equipos, en caso de daño por mal uso tendrá que pagar el equipo siempre y cuando se determine que el daño es por mal uso. | PAQUETE | X | |
| | Para el concentrador fijo incluye agua destilada por 500 ml, cuatro (4) bolsas bimestral, 2 humidificadores; 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | realizará de manera bimestral y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente.<br><br>Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar y en caso de falla eléctrica suplir el suministro de oxígeno antes de las seis horas siguientes a la solicitud independientemente de las recargas que necesite el paciente, (según necesidad del paciente.) | | | |
| | Para los casos de suministro de paquete de concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Este paquete solo será ordenado por el médico especialista en Neumología y autorizado por la Junta de Neumología del HOCEN o por acción de tutela. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60 Hz | | X | |
| | Concentración de oxígeno: 90%. | | X | |
| | Administración de oxígeno por dosis pulsada: configuraciones de 1 a 5 litros con incrementos de 0.5 litros. | | X | |
| | Peso: 4.5 kg con dos baterías. | | X | |
| | Duración de la batería: 4horas. | | X | |
| | Dimensiones: 30.5 x15.2 x21.6 cm. | | X | |
| | Altitud de funcionamiento: 2.438 m. | | X | |
| | Componentes: Carrito y Maletín de Trasporte - con Batería Recargable -Maletín Para Accesorios -Cable de Poder DC (carro) - Cable de Poder AC -Manual de Usuario. | | X | |
| 5. CPAP (Paciente adulto y pediátrico) | □ Equipo CPAP de sistema digital con rampa y tarjeta de lectura, e impresiones mensuales para control de tratamiento por el Médico Neumólogo o Médico Especialista tratante. | PAQUETE | X | |
| | □ Máscaras siliconada, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | □ Cambio de máscara anual y en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | □ Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | entrega de la impresión bimensual, dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | | |
| | □ Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | □ Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | □ Presión de 4 a 20 cm de H20. | | X | |
| | □ Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el prestador por garantía. | | X | |
| 6.CPAP MAS OXIGENO (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo CPAP de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujómetro. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| | Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Presión 4 a 20 cm de H2O. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el prestador por garantía. | | X | |
| 7.CPAP MODO AUTO (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo CPAP MODO AUTO de sistema digital con rampa y tarjeta de lectura, e impresiones bimensuales para control de tratamiento por el Médico Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | Máscaras siliconadas, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta Irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual y en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el prestador por garantía. | | X | |
| 8. EQUIPO CPAC MODO AUTO + OXIGENO (Paciente Adulto y pediátrico) | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro y regulador y flujometro<br><br>Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | PAQUETE | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Equipo CPAP MODO AUTO de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo. | | | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Rango de presión: 4 -20 cm, incrementos de presión de 0,5 | | X | |
| | Presión de rampa inicial: 4 a CPAP, ajustable al paciente | | X | |
| | Tiempo de rampa: 0 - 45 min, incrementos de 5 min. | | X | |
| | Peso: 12.53kg. | | X | |
| | Dimensiones: 18 cm de largo x 14 cm de ancho x 10cm de largo. | | X | |
| | Médica de cumplimiento: Detección de respiración. | | X | |
| | Requisitos eléctricos: 100 -240 V CA, 50/60 Hz | | X | |
| | Capacidad de almacenamiento mínima: visualización de datos de la terapia en pantalla de 7 a 30 días, Almacenamiento de datos en la SD mayor a 1 año. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| 09. EQUIPO BIPAP (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo BIPAB de sistema digital con rampa y tarjeta de lectura, e impresiones bimensuales para control de tratamiento por el Médico Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | Máscara siliconada, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de máscara anual y en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas y haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| 10. EQUIPO BIPAP MAS OXIGENO (Paciente adulto y pediátrico) | Equipo BIPAB de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo o médico tratante. | PAQUETE | X | |
| | Mascara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | Cambio de mascara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujómetro. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para CPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| 11. EQUIPO BIPAP MODO AUTO (Paciente adulto y pediátrico) | □ Equipo BIPAB Modo AUTO de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo. | PAQUETE | X | |
| | □ Mascaras siliconada, mentonera, arnés y humificador. Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | X | |
| | □ Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | □ Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas haciendo la entrega de la impresión bimensual. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | □ Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | □ Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | □ Presión de 4 a 20 cc. | | X | |
| | □ Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| 12. EQUIPO BIPAP MODO AUTO MAS | Equipo BIPAB de sistema digital y tarjeta de lectura e impresiones bimensuales para control del tratamiento por el Neumólogo, y humidificador. | PAQUETE | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OXIGENO (Paciente adulto y pediátrico) | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y humificador. – Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara. | | | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente. | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión de 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujómetro. | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Cilindro de transporte que incluye cinco recargas mensuales. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas haciendo la entrega de la impresión cada dos meses. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60Hz | | X | |
| | Nivel de sonido: menor a 28 dB | | X | |
| | Presión 4 a 20 cm de H2O | | X | |
| | Bolsa, tubo y humidificador para BIPAP y contador de cumplimiento horario, lector de tarjeta. | | X | |
| | En el cambio de la máscara de CPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| 13. TERMO PARA SUMINISTRO DOMICILIARI | Termo Oxígeno para suministro de 10 a 15 lt/min. Uso por cánula nasal para adultos y pediátrico. El prestador suministrará el número de termos mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | PAQUETE | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O PARA PACIENTES<br><br>DE 10 A 15 LITROS POR MINUTO Y TERMO DE OXIGENO LIQUIDO PORTATIL | Termo de Oxigeno liquido Portátil para Suministro de 1LPM a 10LPM peso 2.7 kilogramos, válvulas de llenaje superior y lateral, medidor de nivel LED, se debe entregar protocolo de manejo realizar seguimiento mensual del uso de los dispositivos. | | | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar. | | X | |
| | Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente, además debe incluir solución salina, gasas, guantes estériles, tapabocas, a necesidad del paciente.) Tienda de traqueostomía, solamente en los casos que se requieran según recomendación del médico especialista y autorización de la central de referencia. | | X | |
| | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional | | X | |
| | Este paquete solo será prescrito por indicaciones de médico especialista en neumología y autorizado mediante fallo de tutela o por Junta de Neumólogos del HOCEN. | | X | |
| 14. BIPAP CON MODOS VENTILATORIOS | Dispositivo bi-nivel con modo ventilatorios, con función de volumen corriente, soporte de frecuencia respiratoria. Ventilación no invasiva para pacientes con Apnea de Sueño, Insuficiencia respiratoria, Pacientes neuromusculares, pacientes hipo ventilados, que no requieran más de 18 horas de soporte ventilatorio no invasivo.<br><br>Tecnología de punta, rampa inteligente, detención de eventos respiratorios, grafica de curvas: Presión-Flujo, alarmas, auto compensación de fugas, silencioso. Forma de programación CPAP, S,T,S/T, varias maneras de revisión del informe del sueño ; Informe rápido vía pantalla del dispositivo (APP), código QR (APP), Software (tarjeta SD ) | PAQUETE | X | |
| | Modo de programación CPAP,S,T,S/T | | X | |
| | Rango de Presión IPAP: 4 A 30 cm de H2O EPAP :4 a 25 cm de H2O | | X | |
| | Vt On /Off, 150 – 1500 ml | | X | |
| | Frecuencia Respiratoria 3- 40 RPM | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | TI 0.3 – 3.0 | | X | |
| | Peso: entre 1.7Kg a 2.5Kg | | X | |
| | Dimensiones del Dispositivo; Propias de cada marca | | X | |
| | Máscara siliconada y mangueras con puerto de oxígeno, mentonera, arnés y Protector facial si el paciente presenta irritación o alergia a la máscara | | X | |
| | Cambio de máscara anual en los casos previstos por las condiciones de prestación del servicio (por daño, fuga, mala calidad, deterioro o no ajuste correcto al paciente), de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | Oxigeno por cilindro o concentrador con cilindro de respaldo, manómetro regulador y flujómetro | | X | |
| | En el cambio de la máscara de BIPAP si es inferior a 12 meses, se evalúa el motivo del cambio el cual será aprobado o no según reporte de análisis de la máscara por el proveedor. En caso de que se identifique uso inadecuado a pesar de haberse capacitado y entrenado en el manejo de la máscara al paciente se debe generar cobro de la máscara al paciente, si se identifica que es por deterioro antes de los 12 meses lo asume el proveedor por garantía. | | X | |
| 15. CONCENTRADOR DE ALTO FLUJO PARA SUMINISTRO DOMICILIARIO PARA PACIENTE DE 5 A 10 LITROS POR MINUTO | Concentrador de alto flujo fijo de suministro de oxígeno DE 5 A 10 LITROS por minuto, cánula nasal (su cambio se realizará de manera mensual, manual del usuario. El usuario deberá responder por el buen uso de equipos, en caso de daño, pagará solidariamente. | PAQUETE | X | |
| | Cilindro de respaldo de oxígeno de 6 a 8 metros cúbicos con flujómetro, manómetro regulador con dos recargas trimestral. Será responsabilidad del prestador mantener el cilindro recargado previo aviso del paciente o familiar y en caso de falla eléctrica suplir el suministro de oxígeno antes de las seis horas siguientes a la solicitud independientemente de las recargas que necesite el paciente, (según necesidad del paciente.) | | X | |
| | Agua destilada por 500 ml, bimestral cuatro (4) bolsas, 2 humidificadores, 2 cánulas nasales de 1 metro y una extensión de 15 metros si el paciente la necesita, su cambio se realizará de manera bimensual y en los casos previstos en las condiciones de prestación del servicio (por daño, mala calidad, deterioro) o que el paciente lo solicite, se entregará de manera inmediata al llamado del paciente | | X | |
| | □ Para los casos de suministro de paquete de concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo | | X | |
| | Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | X | |
| | Este paquete solo será prescrito por indicaciones del médico especialista en Neumología. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | □ Bajo consumo de energía en el rango de 120/ 60 Hz | | X | |
| | □ Concentración de oxígeno: 90% más o menos 3% por minuto | | X | |
| 16.SERVICIO DE TERAPIA DE ALTO FLUJO | Alquiler Equipo de alto flujo que está constituido por una cámara de agua reutilizable, circuitos respiratorios y cánula nasal de alto flujo.<br><br>Soporte Respiratorio no invasivo diseñado para Suministrar Flujos de entre 2 a 60 LPM. Mezclando aire y oxígeno, humidificado y calentado a través de una cánula nasal diseñada específicamente para esta terapéutica, para pacientes pediátrico y adultos con opción de temperatura de 31°, 34° y 37°C<br><br>La Entrega del equipo se realizará por parte de una terapeuta respiratoria que le brindará la capacitación del uso y buen manejo de dicho sistema se realizará seguimiento telefónico a la semana, a los 15 días y al mes visita domiciliaria, después de la primera visita al mes se seguirá realizando mensualmente.<br><br>Entrega de cánula de alto flujo en el primer servicio con cambio a demanda de acuerdo a la patología del paciente y a la talla del paciente si es pediátrico o adulto.<br><br>Este paquete Incluye El Concentrador de alto flujo fijo de suministro de oxígeno de 5 A 10 LITROS por minuto, El usuario deberá responder por el buen uso de equipos, en caso de daño, pagará solidariamente.<br><br>Este paquete solo será solicitado por el médico especialista en Neumología y autorizado por la Junta de Neumólogos de HOCEN o por Acción de tutela. | PAQUETE | X | |
| 17. SUCCIONADOR PORTATIL CON INSUMOS | Succionador portátil de secreciones, que incluye motor, los desechables del equipo (recipiente recolector de secreciones plástico, guantes estériles, tapabocas, solución salina y gasas a necesidad del paciente). Cabe resaltar que el caucho de succión, sondas de succión y la Tienda de traqueostomía, varían de acuerdo a la edad del paciente. | | X | |
| 18. ALQUILER DE CILINDRO DE OXIGENO DE 3-6-8 METROS CÚBICOS | Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional | MENSUAL | X | |
| | Flujómetro con regulación de 0- 15 lit/min. | | X | |
| | Dimensiones: de 3 - 6 - 8 metros cúbicos. | | X | |
| | Componentes: Regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno | | X | |
| | Flujómetro con regulación de 0- 15 lit/min. | | X | |
| | Componentes: Regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno | | X | |
| 19. ALQUILER DE CILINDRO PORTÁTIL DE OXIGENO | Cilindro de Oxígeno portátil de 1 metro cubico con manómetro regulador, uso por cánula nasal para adultos mayor o menor de 18 horas diarias. El prestador suministrará el número de cilindros mensuales requeridos por el paciente según consumo prescrito por el médico tratante. | MENSUAL | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ Incluye capacitación al paciente o familiar del uso del equipo y de los elementos del mismo, realizando visita y supervisión bimensual del correcto uso y cumplimiento de las indicaciones dadas. Dejando soporte de capacitación y verificación de uso firmado por el usuario. | | | |
| | ☐ Oxigeno medicinal gaseoso que cumpla con estándares y normas de fabricación y seguridad internacional. | | X | |
| | ☐ Flujómetro con regulación de 0,5 - 15 lit/min. | | X | |
| | ☐ Dimensiones: de 1 metros. | | X | |
| | Componentes: Regulador de oxígeno con válvula. Manómetro regulador para visualizar presión de oxígeno. | | X | |
| | Carro de transporte para cilindro de transporte. | | X | |
| 20. RECARGA DE CILINDRO OXIGENO VALOR METRO CUBICO | Las recargas de cilindros de oxígeno deberán prestar el servicio de recarga de cilindros de oxígeno propiedad de la UPRES BOGOTÁ CUNDINAMARCA ubicados en los Establecimientos de Sanidad Policial de Atención Básica y de Mediana Complejidad y/o el servicio de alquiler de estos equipos en los ESPAB donde no existan, en | METRO CUBICO | X | |
| | ☐ ESPRI Escuela Nacional de Carabineros (ESCAR) | | X | |
| | ☐ ESPRI Escuela Gonzalo Jiménez de Quesada en vía a Sibaté (ESJIM) | | X | |
| | ☐ ESPRI Escuela del Sumapaz en Fusagasugá (ESSUM) | | X | |
| | ☐ ESPRI NORTE | | X | |
| | ☐ ESPRI CHAPINERO | | X | |
| | ☐ ESPRI DUARTE VALERO | | X | |
| | ☐ ESPRI SAN ANTONIO | | X | |
| | ☐ EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR | | X | |
| | De igual forma se deberá realizar la recarga a las balas existentes en las ambulancias propiedad de la Regional de Aseguramiento en Salud No1, según necesidad. | | X | |
| | Realizar prueba hidrostática a cada uno de los cilindros incluido los Establecimientos de Sanidad Policial de Atención Básica, de Mediana Complejidad y ambulancias de propiedad de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21. NITROGENO LIQUIDO REFRIGERADO PRESENTACION CANTINA Y/O THERMO DE 10 A 25 LTS | Alquiler mes y recarga de producto según requerimiento del dispensario,<br>Gas incoloro inodoro e insípido. No tóxico. No es inflamable ni aumenta la combustión.<br>Usos Medicinales: En forma líquida: Congelamiento de la sangre, medula ósea, esperma, tejidos.<br>En forma gaseosa: Propulsor de instrumentos quirúrgicos neumáticos (Turbinas), mezclas de Uso Respiratorio cuya unidad de medida es KG el cilindro de 6 a 6.5 M3<br>Peso molecular: 28.01<br>Temperatura de fusión: 209.9°C<br>Temperatura de ebullición: -195.8°C<br>Temperatura crítica: -146.9°C<br>Densidad relativa del gas (aire = 1): 0.967 a 1 atm y 21.1°C<br>Densidad del líquido en el punto de ebullición: 808.5 kg/m3<br>Presión crítica: 3399 kPaabs (493 psia)<br>Solubilidad en agua vol/vol a 0°C: 0.023<br>Apariencia y color: Gas incoloro<br>Olor: Sin olor que advierta los riesgos de su presencia<br>Elemento utilizado para la conservación de muestras de tejidos, tanto de laboratorios de investigación como en la fecundación in vitro, criocirugías y congelación. | METRO CUBICO | X | |
| 22. OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL EN TANQUE) | GAS LICUADO REFRIGERADO<br>CONCENTRACION 99,9%<br>GAS NO IMFLAMABLE<br>GAS OXIDANTE<br>TANQUE CRIOGENICO CAPACIDAD MINIMA 1.500 GALONES<br>UNIDAD DE REGULACION CUMPLIENDO NORMA - NFPA 99<br>SISTEMA DE TELEMETRIA<br>GASIFICADOR DE CAPACIDAD MINIMA DE 40 METROS CUBICOS HORA<br>PANEL DE ALAMA OPERACIONAL | METRO CUBICO | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23. AIRE MEDICINAL<br>GASEOSO | MEZCLA EN FORMA GASEOSA<br>AIRE COMPRIMIDO<br>AIRE MEZCLA DE 19,5 a 23,5 por ciento de oxígeno, balance Nitrógeno<br>PRESENTACION CILINDRO DE CAPACIDAD DE 6, 8 METROS CUBICOS<br>GAS COMPRIMIDO NO INFLAMABLE<br>CO2< a 500 ppm , CO < a 10ppm , SO2 < a 5ppm, NO y NO2 <2,5 ppm | METRO CUBICO | X | |
| 24. DIOXIDO DE CARBONO | PUREZA 99,99 %<br>GAS MEDICINAL<br>PRESENTACION CILINDROS DE 25 A 30 KILOGRAMOS<br>GAS LICUADO<br>GAS INERTE<br>FORMULA QUIMICA CO2; MASA, MOLECULAR 44G/MOL<br>PUNTO DE EVULLICION -78.5 °C<br>PUNTO CRITICO 31,06°C<br>DENSIDAD RELATIVA 1,53 (referencia aire a 0°C, densidad: 1,292 Kilogramos / metros cúbicos a 0°C, 1013°C bares | KILOGRAMO | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 25. NITROGENO GASEOSO | PUREZA 99,99 %<br>GAS INDUSTRIAL<br>PRESENTACION CILINDROS DE 6,8 METROS CUBICOS<br>PRESION 2100 PSI<br>Gas incoloro inodoro e insípido. No tóxico. No es inflamable ni aumenta la combustión.<br>En forma gaseosa: Propulsor de instrumentos quirúrgicos neumáticos (Turbinas), mezclas de Uso Respiratorio cuya unidad de medida es KG el cilindro de 6 a 6.5 M3<br>Peso molecular: 28.01<br>Temperatura de fusión: 209.9°C<br>Temperatura de ebullición: -195.8°C<br>Temperatura crítica: -146.9°C<br>Densidad relativa del gas (aire = 1): 0.967 a 1 atm y 21.1°C<br>Presión crítica: 3399 kPaabs (493 psia)<br>Solubilidad en agua vol/vol a 0°C: 0.023<br>Apariencia y color: Gas incoloro<br>Olor: Sin olor que advierta los riesgos de su presencia | METRO CUBICO | X | |
| 26. ALQUILER DE CILINDROS PARA USO HOSPITALARIO | Se incluyen los gases de aire medicinal, oxigeno gaseoso medicinal, dióxido de carbono ($CO_2$) medicinal, nitrógeno y demás gases que se requiere para uso instituciones clínicas. | MENSUAL | X | |

| ELEMENTOS INCLUIDOS EN EL SUMINISTRO DE OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| 1. Cilindro con rango entre 6 a 8 metros cúbicos con manómetro y flujómetro. | X | |
| 2. Cilindro Portátil con rango entre 400 a 415 litros con manómetro y flujómetro, y carro de transporte. | X | |
| 3. Cilindro Portátil con rango entre 600 a 682 litros con manómetro y flujómetro, y carro de transporte. | X | |
| 4.Succionador de secreciones | X | |
| Oxímetro de pulso y sensor para adulto y se incluirá según indicación médica del Programa de Oxígenos de la Regional de Aseguramiento en Salud. | X | |

| | | |
|---|---|---|
| Oxímetro de pulso y sensor pediátrico y se incluirá según indicación médica del Programa de Oxígenos de la Regional de Aseguramiento en Salud | | |
| 6. Regulador pediátrico | X | |
| ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLE | |
| | SI | NO |
| Alquiler de cilindro de oxigeno de 6-8 metros cúbicos. | X | |
| Alquiler de cilindro de oxigeno portátil. | X | |
| NITROGENO LIQUIDO REFRIGERADO PRESENTACION CANTINA Y/O THERMO | X | |
| Recarga de cantina y/o Thermo de nitrógeno liquido | X | |
| Alquiler de Regulador de oxígeno | X | |
| Oxímetro de pulso y sensor para adulto y pediátrico | X | |
| PRODUCTOS DESECHABLES | CUMPLE | |
| | SI | NO |
| 1. Cánula nasal adulto, cánula de alto flujo | X | |
| 2. Cánula nasal pediátrica, cánula de alto flujo | X | |
| 3. Cánula nasal prematuro | X | |
| 4. Humidificador | X | |
| 5. Agua destilada, bolsa de 500 mililitros | X | |
| 6. Solución salina. | X | |
| 7. Máscara, arnés y protector facial para los equipos de CPAP y BPAP de tres tallas de gel y silicona con conector de oxigeno | X | |
| 8. Puerto de exhalación | X | |
| 9. Elementos desechables para los equipos de succión de secreciones. (Recipiente recolector de secreciones plástico, liner, canester, caucho de succión, sondas, guantes estériles, tapabocas, solución salina y gasas a necesidad del paciente). | X | |
| 10.Kit ventury o sistema de oxigenación solicitado por médico tratante | X | |
| 11. Mangueras corrugadas equipos BIPAP y CPAP. | X | |
| 12. Tienda de Traqueostomía | X | |

**NOTA**: El registro de la tarjeta de memoria del equipo CPAP o BIPAP, deberá ser entregado al paciente y analizado por el Médico Neumólogo, Internista o profesional médico del Programa de Suministro de oxígeno domiciliario de perteneciente a RASES N°1 o profesional médico tratante con el fin de manejar, controlar, direccionar y hacer un seguimiento del paciente frente al tratamiento instaurado.

Los usuarios de poblaciones distantes o difícil acceso y previamente concertadas con el supervisor de contrato tendrán un control bimestral en el ESPRI más cercano al domicilio, este se realizará en coordinación con la jefatura del grupo asistencial, el coordinador médico y el jefe del ESPRI cercano al domicilio del usuario. Para lo

cual el contratista informara las dificultades de manera oportuna al Supervisor del contrato, con el fin de poder programar los desplazamientos y posteriormente generar la autorización de los servicios tanto de insumos y suministros como la visita de terapia respiratoria.

Cuando el paquete se rompa por el no cumplimiento de la totalidad de las condiciones establecidas en el mismo, se reconocerá los servicios efectivamente prestados y debidamente soportados por el contratista, quedando establecido que el valor de los insumos se reconocerá a factura de compra más un porcentaje de intermediación del 12%, el valor de la terapia respiratoria será a tarifa SOAT 2021, para lo cual el contratista deberá enviar anexo a la factura en formato Excel, la relación de los pacientes visitados por terapia mensualmente con el fin de establecer que el usuario si ha sido visitado dentro del tiempo establecido en las condiciones establecidas en el proceso.

| ITEM | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | El valor del paquete de suministro integral por paquete mensual de oxígeno medicinal domiciliario (con cobro diario), debe incluir los aditamentos, insumos, el alquiler del equipamiento de última tecnología (con tarjeta de registro de uso diario para el CPAP y el BIPAP), asesoría, valoración por terapia respiratoria y entrenamiento para los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, tanto en población adulta como pediátrica, en el departamento de Amazonas, Bogotá, Boyacá (el cual incluye por georreferenciación los siguientes municipios de Santander: Vélez, Barbosa, Albania, Florián, Gambita, Suaita, Güepsa, Jesús María, La Belleza, Puente Nacional, San Benito Sucre, Aguada, Bolívar, Chipatá, el peñón, Guavatá, La Paz, Santa Helena del Opón),departamento de Cundinamarca incluyendo Melgar y Flandes en Tolima, el Departamento de Guainía, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Vichada. o a usuarios que se hallen transitoriamente en Bogotá D.C., según se especifica en la Resolución No.05644 del 10 de diciembre de 2019, Por la cual se define la estructura orgánica interna, se determina las funciones de la Dirección de Sanidad y se dictan otras disposiciones Remplazando la Resolución No.283 del 02 de febrero de 2017, emanada por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. | X | |
| 2 | El oferente garantiza mantener en su almacén certificado con CCAA por parte del INVIMA, un stock de insumos, accesorios, aditamentos y equipamiento incluido dentro del paquete de suministro integral de oxígeno domiciliario, que permita cubrir las necesidades de la institución en forma oportuna por el término que dure el contrato. Los tiempos de entrega se dividirán de la siguiente manera:<br>1. Para la población que se encuentre en zona urbana deberá ser entregado en un rango de 24 horas una vez solicitado el servicio.<br>2. Para la población que se encuentre cerca al casco urbano la entrega se realizará en un rango de entre 24 y 48 horas contados a partir de la solicitud del servicio.<br>3. Para la población que encuentre lejana al casco urbano la entrega se realizará en un rango de entre 48 y 120 horas contados a partir de la solicitud del servicio. | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | El oferente garantiza realizar el cambio de los insumos o equipamiento por defectos de fabricación o mala calidad, dentro de los rangos establecidos en el Ítem anterior. | X | |
| 4 | El oferente certificará que acepta y facilitará LA AUDITORIA DEL CONTRATO de los servicios prestados a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | X | |
| 5 | El oferente garantizará el suministro integral de oxígeno domiciliario por paquete mensual por paciente, así como también el pago de consumo diario, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana incluyendo sábados, domingos y festivos, previa autorización escrita por la central de Referencia y Contra referencia.<br><br>Las autorizaciones de los fines de semana y festivos se generarán el día hábil siguiente previa observación realizada en la autorización especificando día de entrega del servicio. | X | |
| 6 | El oferente mediante informe mensual con recibo a satisfacción firmado por el usuario certificará la capacitación a los usuarios que ingresen al programa de oxígeno, en el uso de equipos y aditamentos al iniciar el servicio y en cualquier momento que el supervisor del contrato lo requiera con previa solicitud de un mes. | X | |
| 7 | Registro del INVIMA: El oferente deberá presentar Registro del INVIMA, para cada uno de los equipos ofertados. En el caso que no requiera de certificación deberá presentar la debida constancia expedida por el INVIMA. | X | |
| 8 | Certificación de Fabricante y/o Distribuidor: en el caso que el oferente sea fabricante de gases medicinales, deberá aportar certificado vigente de BPM`s emitido por el INVIMA según lo estipulado en la Resolución No. 1674 de 2004 y el decreto No. 667 de 1995 y para el caso de distribuidor deberá aportar Acta de autorización vigente emitida por la Secretaría de Salud correspondiente, según lo estipulado en las Resoluciones No. 1403 de 2007 y 2200 de 2005. | X | |
| 9 | El oferente debe presentar con su oferta catálogo (en idioma castellano) de los equipos ofertados, para verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas en el Anexo No. 2 CONDICIONES Y OFERTA TÉCNICA, del presente proceso. | X | |
| 10 | El Oferente debe certificar una póliza de amparo y garantía de cubrimiento contra todo riesgo de los equipos de Oxígeno, CPAP Y BIPAP, y los que sean pertinentes, por lo que no ocasionarán cobro alguno para el paciente ni la institución. | X | |
| 11 | El oferente debe prestar el servicio de recarga de cilindros de oxígeno y otros gases medicinales "Oxigeno Liquido medicinal, Aire medicinal gaseoso, Dióxido de carbono Nitrógeno gaseoso, en aquellos Establecimientos donde se cuente con los mismos.<br><br>Así mismo prestará el alquiler de los cilindros y sus recargas en los siguientes Establecimientos:<br><br>ESPRI Escuela Nacional de Carabineros (ESCAR)<br><br>ESPRI Escuela Gonzalo Jiménez de Quesada en vía a Sibaté (ESJIM) | X | |

<table>
<tr><td></td><td>ESPRI Escuela del Sumapaz en Fusagasugá (ESSUM)<br><br>ESPRI NORTE<br><br>ESPRI DUARTE VALERO<br><br>ESPRI SAN ANTONIO<br><br>EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR<br><br>ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD COMPLEMENTARIO DE LA POLICIA NACIONAL BOYACA (ESPCO)<br><br>ESPRI DUITAMA<br><br>ESPRI SOGAMOSO<br><br>Escuela de policía Rafael Reyes<br><br>Escuela de carabineros VELEZ.<br><br>OTROS ESTABLECIMIENTOS QUE DETERMINE LA REGIONAL N°1, DE ACUERDO A LA APERTURA Y/O CIERRE DE LOS MISMOS.<br><br>El oferente deberá realizar el monitoreo de necesidad de carga al menos cada dos meses y el aviso a la Central de Autorizaciones de la Oficina del grupo Asistencial de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1 para la autorización respectiva, y/o de acuerdo a requerimiento directo de la Central de Autorizaciones Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1, en caso de necesidad de recarga antes de los dos meses de la periodicidad pactada para este servicio.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td>El oferente al cual se le adjudique el presente proceso deberá entregar en comodato a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 un tanque criogénico de oxígeno liquido el cual estaría ubicado en la Clínica de la policía sede sur calle 51 sur N.90-07 es proyectado para que cumpla el volumen establecido para suministrar a los siguientes puntos de oxígeno:<br><br><table><tr><th>ITEM</th><th>UBICACIÓN TOMAS</th><th>No TOMAS</th></tr><tr><td>1</td><td>PISO 4</td><td>24</td></tr><tr><td>2</td><td>PISO 3</td><td>24</td></tr><tr><td>3</td><td>CONSULTORIOS</td><td>23</td></tr><tr><td>4</td><td>UCI</td><td>10</td></tr><tr><td>5</td><td>SALA DE CX</td><td>3</td></tr><tr><td>6</td><td>RECUPERACION</td><td>6</td></tr><tr><td>7</td><td>PREPARACION</td><td>3</td></tr><tr><td>8</td><td>CONSULTORIOS</td><td>15</td></tr></table></td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 9 | TERAPIA RESPIRATORIA | 5 | | |
| | | 10 | ERA Y EDA | 10 | | |
| | | 11 | PROCEDIMIENTOS | 2 | | |
| | | 12 | REANIMACION | 1 | | |
| | | 13 | OBSERVACION PEDIATRIA | 11 | | |
| | | 14 | OBSERVACION ADULTO | 21 | | |
| | | 15 | IMAGENES | 3 | | |
| | | TOTAL | | 161 | | |
| | Nota: Cada oferente realizará su cálculo de consumo y definirá el tanque a proveer con capacidad mínima de 1500 galones. | | | | | |
| 13 | El oferente deberá asumir los costos de instalación del tanque de oxígeno liquido entregado en comodato (Incluye la unidad de regulación, gasifica dores, panel de alarma operacional, tuberías y demás accesorios querer se requieran para la instalación.) | | | | X | |
| | El oferente deberá asumir los costos de verificación del tanque con una periodicidad mensual, en donde se revisen los niveles del mismo, el cual no puede ser inferior al cincuenta por ciento (50%), así mismo, se corroborará el buen funcionamiento. | | | | X | |
| 14 | Se programa visita técnica el SEGUNDO DÍA HABIL POSTERIOR A LA PUBLICACIÓN DEL PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVO, la cual tendrá lugar en la EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR ubicada en la Calle 51 sur No. 90 – 07 en el horario de 8:00 am a 12:00 m., con la finalidad que los oferentes puedan verificar las condiciones técnicas para el funcionamiento del tanque de oxígeno líquido.<br><br>Nota 1: Cada oferente deberá tomar contacto el señor Intendente Pedro Norbey Romero Poveda en el abonado telefónico 320 259 3445, con el fin de registrar el personal que asistirá a la visita.<br><br>Nota 2: Para la presente visita la Regional de Aseguramiento de Salud No. 1 levantará acta en donde se plasmarán los asistentes y las inquietudes y observaciones que los oferentes tengan. | | | | X | |
| 15 | El oferente una vez cumplido la recarga de las balas de oxígeno en cada Establecimiento de Sanidad Policial de Atención Básica y de Mediana Complejidad, solicitará la firma del documento que acredite (recibo a satisfacción) la recarga de las balas o la entrega de equipos autorizados previamente por parte del Facilitador de Sanidad del ESPRI donde realizó el servicio este se tramitará junto con la autorización generada desde la Oficina de Referencia-Contra referencia y autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. | | | | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 16 | El oferente deberá realizar las pruebas de calibración e hidrostática de los reguladores y los cilindros de oxígeno, de los equipos propios de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1, que requieran recarga. | | |
| 17 | El oferente realizará pruebas hidrostáticas de los cilindros en las Ambulancias que así lo requieran y entregará el reporte respectivo de dichas pruebas al supervisor del contrato con copia a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia y Autorizaciones de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1.<br><br>Estas pruebas se realizarán una vez sea entregada la carta de inicio del contrato con un plazo no mayor a treinta días calendario. | X | |
| 18 | El oferente deberá diligenciar y presentar el Anexo FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO de la presente invitación con el fin de verificar y garantizar el recurso humano, para el cumplimiento del objeto a contratar requerido por la entidad, así:<br><br>Recurso Humano Recurso Humano: Se requiere un (01) Ingeniero mecánico, Ingeniero civil o técnico especializado, que acredite como mínimo tres (3) años de experiencia en la instalación de redes de gases medicinales, la cual debe ser acreditada durante los últimos tres (3) años a la presentación de la propuesta.<br><br>NOTA 1: El Recurso Humano requerido realizará de manera conjunta los trabajos descritos en el presente Anexo y adicionalmente será el PROFESIONAL, quien firmará el informe por cada actividad realizada en la prestación del servicio.<br><br>Para acreditar la experiencia, el oferente debe anexar mínimo dos certificaciones de las entidades en las cuales el Ingeniero mecánico, Ingeniero civil o técnico especializado ha llevado a cabo la instalación de redes de gases medicinales. | X | |
| 19 | El oferente deberá certificar que la garantía por defectos de fábrica o mala calidad de los materiales, es mínimo de Un (01) año siguiente a la instalación de las redes de gases medicinales. | X | |
| 20 | El oferente se compromete a cambiar el elemento que presente cualquier defecto o mala calidad sin costo alguno para la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, dentro de las 72 horas siguientes al requerimiento. El cambio se solicitará por parte del Supervisor del Contrato | X | |
| 21 | El oferente deberá hacer entrega de las fichas técnicas de la tubería y adjuntar planos récord de la tubería. | X | |
| 22 | Garantía por mano de obra: El Oferente debe ofrecer la garantía por mano de obra por término de la vigencia del contrato y SEIS (6) meses más. | X | |
| 23 | El oferente asumirá la responsabilidad de los posibles daños ocasionados sobre la infraestructura o los equipos por parte de sus empleados, en las instalaciones de la ESPCO Clínica del sur. | X | |
| 24 | El oferente deberá tomar las medidas necesarias para protección de pisos, muros, techos, carpintería, instalaciones, equipos, en general | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | todas las Instalaciones y deberá hacer entrega de las mismas en el estado en que le fueron confiadas. | | |
| 25 | El oferente se compromete a entregar la instalación de redes de gases medicinales instalada, así mismo en caso de que deba realizarse alguna preinstalación esta correrá por cuenta del proveedor. | X | |
| 26 | El oferente garantizara que la instalación de redes de gases medicinales es nueva; es decir que no sea usada, fabricada con materiales resistentes, de alta calidad y durabilidad. | X | |
| 27 | El oferente debe anexar protocolos de limpieza y desinfección | X | |
| 28 | El oferente se compromete a diligenciar y entregar el reporte de servicio respectivo y efectuar las recomendaciones pertinentes para evitar posibles fallas, una vez realice la instalación de redes de gases medicinales. | X | |
| 29 | El oferente debe garantizar que el tiempo de respuesta será máximo de doce (12) horas para cualquier requerimiento de mantenimiento correctivo. | X | |
| 30 | El oferente que resultare adjudicatario realizara las visitas correctivas cuantas veces sea necesario en horas hábiles durante la ejecución del contrato sin costo adicional para el ESPCO Clínica del sur de la Policía Nacional. | X | |
| 31 | El oferente deberá presentar el certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación Inicial o autoevaluación de los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | X | |

| | CONDICIONES ESPECIFICAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| Entrega, Instalación, mantenimiento y recolección de equipos | | | |
| 1 | El contratista enviará un informe diario vía correo electrónico a la Oficina de referencia, contrarreferencia y autorizaciones, especificando fecha de entrega y descripción detallada de los equipos e insumos entregados por primera vez, así como el consumo, recolección y novedades presentadas en los usuarios del programa, para lo cual el contratista debe disponer el acceso a su página web o estadística de pacientes autorizados. | X | |
| 2 | El contratista se compromete en caso de resultar adjudicatario del contrato de suministro integral de oxígeno medicinal domiciliario, por paquete integral mensual por paciente o pago por consumo diario según corresponda, a prestar el servicio de acuerdo a las características técnicas mínimas por paquete según la indicación médica. | X | |
| 3 | El contratista se compromete en caso de resultar adjudicatario del proceso de suministro integral de oxígeno medicinal domiciliario, por paquete integral mensual por paciente o pago por consumo diario según corresponda, a sostener la tarifa ofertada durante el tiempo que dure el contrato. | X | |
| 4 | El contratista garantizará la entrega de los equipos e insumos objetos del contrato en el domicilio referido por los usuarios adscritos a la Regional de Aseguramiento en Salud N°1. | X | |
| 5 | El contratista se compromete a la realización bimestral de una visita domiciliaria de control que incluye: revisión del funcionamiento de los equipos e insumos, capacitación y verificación al paciente en el uso de los mismos y realización de oximetría para cada paciente, durante la vigencia del contrato, sin costo adicional al paquete. El servicio debe ser prestado por profesionales habilitados (terapeuta respiratorio,) por las entidades de control, de igual manera realizará visitas adicionales si son requeridas por el Área de Aseguramiento en Salud de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1 la cual debe ser realizada dentro de las siguientes 24 horas, de realizada la solicitud. | X | |
| 6 | El contratista enviará al supervisor del contrato, la evaluación clínica y registro de oximetría realizada por terapeutas respiratorias habilitadas según formato autorizado por el Grupo Prestador de Salud de manera mensual (reporte físico y medio magnético), así como el informe de registro de novedades diario por correo electrónico al supervisor del contrato para efectuar los trámites o medidas pertinentes y no generará costos adicionales al contrato. | X | |
| 7 | El contratista realizará educación al "usuario y sus familiares en el uso del equipo asignado y aditamentos," al iniciar el servicio y periódicamente de manera bimestral a los pacientes del programa de oxígeno domiciliario autorizados para lo cual deberá presentar soporte de recibo a satisfacción por parte del usuario. | X | |
| 8 | El contratista informará al usuario que la pérdida, daño, la no entrega oportuna de los equipos o el no llamado por parte del usuario para informar la suspensión de equipos de presión positiva, oxígeno domiciliario u hospitalización, será pagado por el usuario. | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | La empresa es responsable del mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos y aditamentos, por lo cual deben responder las solicitudes de mantenimiento de los equipos por fallas o mal funcionamiento, dentro de las siguientes 24 horas del llamado, garantizando el cambio de equipos o aditamentos para dar continuidad del servicio al paciente y anexar el cronograma mensual de mantenimiento de los equipos y aditamentos. | X | |
| 10 | El contratista enviará al Área de Aseguramiento en Salud un informe sobre el estado de mantenimiento de los equipos objeto del contrato, con periodicidad bimestral y las reparaciones a los equipos deben ser informadas dentro de los siguientes cinco (5) días calendario (adjuntar ficha técnica por equipo). | X | |
| 11 | Los elementos desechables se deben cambiar en el momento que se requiera por daño, defecto de fabricación o mala calidad, y por uso cada dos meses. Los elementos desechables al ser cambiados deben ser destruidos en presencia del usuario y/o sus familiares. | X | |
| 12 | El contratista enviará informe diario (en formato Excel por correo electrónico convenido), de los elementos desechables cambiados por paciente, por daño, defecto de fabricación o mala calidad y por uso, con soporte de recibo a satisfacción por parte del usuario. | X | |
| 13 | El contratista será responsable de los daños materiales y lesiones a los usuarios por fallas en los equipos y aditamentos objeto del contrato, así como de la no entrega del suministro (equipos e insumos) dentro de las 24 horas posteriores a la radicación de la orden médica autorizada. Se debe reportar al supervisor del contrato la ocurrencia de eventos adversos y/o complicaciones derivadas del uso de los mismos de manera inmediata. | X | |
| 14 | El contratista enviará al Supervisor del contrato el listado mensual de pacientes atendidos, en orden alfabético, con los datos del paciente (número de documento de identificación, dirección, teléfono del sitio donde se presta el servicio, fecha y hora de radicación de solicitud, fecha de ingreso, fecha de entrega de la totalidad del paquete y egreso del programa, discriminando la técnica de suministro de oxígeno utilizada y el consumo de oxígeno (concentrador, CPAP, BPAP, Oxigeno por cilindro etc.), incluyendo fecha del primer servicio, y el reporte de tarjeta de lectura, así como recibido a satisfacción del usuario del suministro, de la capacitación, del cambio, entrega y mantenimiento de equipos, del cambio y entrega de elementos e insumos, de las recargas, de las visitas por parte de Terapia Respiratoria, los registros de consumo, autorización de referencia y Contrarreferencia, reporte de novedades e informe mensual. Para los casos de suministro de paquete de Concentrador se solicitará el consentimiento del usuario o paciente de la aceptación del uso del equipo. | X | |
| 15 | El contratista enviará al Área de Aseguramiento en Salud de La Regional de Aseguramiento en Salud N°1, facturación y estado de ejecución del contrato mensualmente, e informará al supervisor del contrato cuando la ejecución del contrato se encuentre en un 70% del valor total del contrato. | X | |
| 16 | Registro del INVIMA: El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente el Registro del INVIMA. | X | |
| 17 | Certificación de Fabricante y/o Distribuidor: El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente el certificado de Buenas Prácticas de Manufactura "BPM`s "emitido por el INVIMA según lo estipulado en la Resolución No. 1674 de 2004 y el decreto No. 667 de 1995 y para el caso de | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | distribuidor deberá aportar Acta de autorización vigente emitida por la Secretaría de Salud correspondiente, según lo estipulado en las Resoluciones No. 1403 de 2007 y 2200 de 2005. | | |
| 18 | El contratista debe prestar el servicio de recarga y/o el servicio de alquiler del equipo "tanque de oxígeno liquido medicinal" ubicado en el ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE BOGOTA CUNDINAMARCA "EPSCO CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR ". | X | |
| 19 | El contratista se compromete a que el oxígeno liquido cumple con las características técnicas definidas en las normas técnicas y/o en la farmacopea vigente, así como con el uso medicinal, indicación y vía de administración requerida por institución. | X | |
| 20 | El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente las normas técnicas NTC-2465 transporte y rotulado de recipientes para gases a presión; y NTC 2880 Transporte de mercancías peligrosas y rotuladas, clases 2 condiciones de transporte, certificadas por el ICONTEC. | X | |
| 21 | El contratista deberá garantizar que la fecha de vencimiento del oxígeno liquido medicinal e insumos ofertados sea mínima de un (1) año, contado a partir de la fecha de entrega del bien. Se realizará la rotación del gas medicinal próximo a vencer en cumplimiento de la Resolución 371 de 2009 Plan de Gestión de Post Consumo de Medicamentos para evitar la generación como residuo. | X | |
| 22 | El contratista deberá garantizar el cambio del oxígeno liquido medicinal que se encuentren a tres (3) meses de cumplir su fecha de vencimiento, dentro de los 10 días calendario siguiente al requerimiento, sin costo alguno para la RASES No1. El cambio se solicitará por parte del supervisor del contrato, dentro de los 30 días calendario anterior a su fecha de vencimiento. | X | |
| 23 | El contratista deberá realizar actividades de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia ante la aparición de cualquier evento o incidente adverso que se presente con el uso del gas o dispositivos de administración, así como brindar capacitación en el uso, manipulación y almacenamiento adecuado del gas medicinal e insumos (gases) acorde a la normatividad vigente. | X | |
| 24 | El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 780 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen. | | |
| 25 | En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, El contratista, deberá dar cumplimiento al decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, libro 2. Régimen reglamentario del sector trabajo parte 2. Reglamentaciones título 4. Riesgos laborales, capítulo 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, al igual que lo establecido en la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". | X | |

**EXPERIENCIA PROPONENTE**

De acuerdo a los archivos adjuntos por la firma se evidenciaron los siguientes contratos que certifican un valor mayor correspondiente al 70% del presupuesto asignado al proceso, así:

1. **Entidad:** MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR- DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE- EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD

**Contrato:** Contrato de prestación de servicio No 660 DISANEJC-DMSOC 2022
**Objeto:** "SUMINISTRO DE OXIGENO HOSPITALARIO Y GASES MEDICINALES, OXIGENO DOMICILIARIO Y DEMÁS INSUMOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE BOGOTÁ Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS"
**Valor del contrato**: MIL SETECIENTOS CUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($1.740.000.000,00)

2. **Entidad:** ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS - SAS "SAVIA SALUD EPS"

**Contrato:** 0042-2022
**Objeto:** "SUMINISTRAR OXÍGENO DOMICILIARIO CON SUS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS, INSUMOS Y SUMINISTROS DE APOYO NECESARIOS INCLUIDO EL TRANSPORTE A LOS USUARIOS OXIGENO REQUIRENTES AFILIADOS A SAVIA SALUD EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y CON PORTABILIDAD QUE PRESENTAN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, APNEA DEL SUEÑO, ENFERMEDADES DE LA TRÁQUEA Y LOS BRONQUIOS, COVID, CARDIOPATÍAS, PLAN CANGURO, CÁNCER, HIPERTENSIÓN PULMONAR, TUBERCULOSIS PULMONAR, FIBROSIS PULMONAR Y OTRAS ENFERMEDADES "
**Valor del contrato**: CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/L ($5.540.666.250,00) IVA INCLUIDO

Certificación emitida por la administradora de riesgos laborales (ARL) - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. – ARL **SURA**
Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST) DONDE SE EVIDENCIA UN PUNTAJE DEL 100% - **CUMPLE**

**CODIGOS REGISTRO UNICO DE PROPONENTES**

| CLASIFICACIÓN UNSPSC | GRUPO | SEGMENTO | FAMILIA | CLASE |
|---|---|---|---|---|
| **12141900** | MATERIAS PRIMAS | MATERIA QUÍMICO INCLUYENDO BIOQUÍMICO Y MATERIALES DE GAS | ELEMENTOS Y GASES | NO METALES Y GASES ELEMENTALES PUROS |
| **12142100** | MATERIAS PRIMAS | MATERIAL QUIMICO INLUYENDO BIOQUÍMICOS Y MATERIALES DE GAS | ELEMENTOS Y GASES | GASES NATURALES Y GASES MIXTOS |
| **42271900** | PRODUCTOS DE USO FINAL | EQUIPO MEDICO, ACCESORIOS Y SUMINISTROS | PRODUCTOS DE RESUCITACIÓN ANESTESIA Y RESPIRATORIO | PRODUCTOS PARA LA GESTIÓN DE LA VÍA AÉREA |
| **42272200** | PRODUCTOS DE USO FINAL | EQUIPO MEDICO, ACCESORIOS Y SUMINISTROS | PRODUCTOS DE RESUCITACIÓN ANESTESIA Y RESPIRATORIO | VENTILADORES Y ACCESORIOS DE PRESIÓN MECÁNICA POSITIVA |
| **85161500** | SERVICIOS | SERVICIOS DE SALUD | SERVICIOS DE MANTENIMIENTO, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE EQUIPO MEDIO QUIRÚRGICO | REPARACIÓN DE EQUIPO MEDIO O QUIRÚRGICO |

**CONCLUSION FINAL**

La firma **INVERSIONES LEAL Y OXÍGENOS SAS** en relación a la solicitud del comité técnico evaluador subsano los siguientes documentos dando cumplimiento así:

ítem 27. El oferente debe anexar protocolos de limpieza y desinfección

Subsano con los documentos adjuntos:

- Anexo H. DDM-010. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS V2.pdf
- Anexo I. DPR-011 LAVADO Y DESINFECCIÓN DE CILINDROS V3.pdf
- Anexo J. DPR-015. Limpieza y desinfección de equipos V6.pdf
- Anexo K. DPR-017. Limpieza y desinfección de instalaciones V8.pdf
- Anexo L. DPR-045 PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE TUBERÍA PARA USO DE OXÍGENO V1.pdf

Ítem 8. Certificación de Fabricante y/o Distribuidor: en el caso que el oferente sea fabricante de gases medicinales, deberá aportar certificado vigente de BPM`s emitido por el INVIMA según lo estipulado en la Resolución No. 1674 de 2004 y el decreto No. 667 de 1995 y para el caso de distribuidor deberá aportar Acta de autorización vigente emitida por la Secretaría de Salud correspondiente, según lo estipulado en las Resoluciones No. 1403 de 2007 y 2200 de 2005.

Subsano con los archivos adjuntos:

- Anexo M. Registro Sanitario Oxígeno Medicinal.pdf
- Anexo N. CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR.pdf

Ítem 7. Registro del INVIMA: El oferente deberá presentar Registro del INVIMA, para cada uno de los equipos ofertados. En el caso que no requiera de certificación deberá presentar la debida constancia expedida por el INVIMA.

Subsano el registro INVIMA de los equipos ofertados a través los archivos adjuntos:

- ANEXO A. REGISTRO SANITARIO BPAP CON MODOS VENTILATORIOS.pdf
- ANEXO B. FICHA TECNICA BPAP CON MODOS VENTILATORIOS.pdf
- ANEXO C. REGISTROS SANITARIOS EQUIPOS TERAPIA DE ALTO FLUJO (RESPICARE Y YUWELL).pdf
- ANEXO E. REGISTRO SANITARIO SONDA DE SUCCIÓN.pdf
- ANEXO F. FICHA TÉCNICA SONDAS DE SUCCIÓN.pdf
- ANEXO G1 Concepto Termo Nitrógeno Invima num 3.20 pg 11.pdf
- Anexo G2. Acta 8 num 3.6 Pg 4 Invima concepto envases gases (nitrógeno).pdf

Una vez verificadas las observaciones y los documentos aportados por el oferente, se concluye que la firma **INVERSIONES LEAL Y OXÍGENOS SAS, CUMPLE** con los requisitos de orden técnico solicitados dentro del proceso de contratación del pliego de *CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS.*

Atentamente,

Subteniente **JORGE ENRIQUE CURREA CALDERON**
Comité Evaluador Técnico

DIEGO RODRIGUEZ PINEDA
CPS 4 **DIEGO RODRIGUEZ PINEDA**
Comité Evaluador Técnico, Medico General

ClaudiaRocioRodrigu
SM116 **CLAUDIA ROCIO RODRIGUEZ R.**
Comité Evaluador Técnico, Terapeuta Respiratoria Referencia