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

Santiago de Cali, 25 de Febrero de 2026.

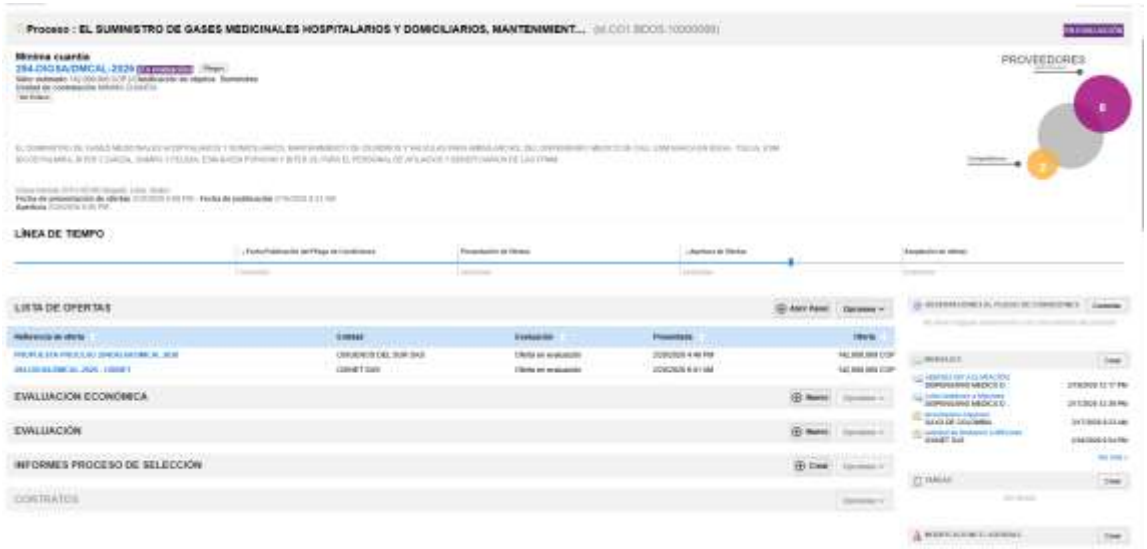
Señora Coronel
MARIA CLEMENCIA GUTIERREZ RUEDA
Gerente de proyecto.

ASUNTO: Re-evaluación Económica de las ofertas presentadas en el **PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No 294-DIGSA/DMCAL-2026, CUYO OBJETO ES EL SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS Y DOMICILIARIOS, MANTENIMIENTO DE CILINDROS Y VALVULAS PARA AMBULANCIAS, DEL DISPENSARIO MEDICO DE CALI, ESM BAACA EN BUGA - TULUA, ESM BICOD PALMIRA, BITER 3 ZARZAL, BAMRO 3 FELIDIA, ESM BAS29 POPAYAN Y BITER 29, PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LAS FFMM.**

Comedidamente nos permitimos enviar a la señora Coronel MARIA CLEMENCIA GUTIERREZ RUEDA Gerente de Proyecto Evaluación económica del **PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA N° 294-DIGSA/DMCAL-2026.**

De acuerdo con la **INVITACIÓN PÚBLICA N° 294-DIGSA/DMCAL-2026.** El precio será el factor determinante para escoger al contratista. En consecuencia, quien presente **el menor valor total ofertado de los bienes y/o servicios requeridos** para el presente proceso de selección, resultará adjudicatario con el presente proceso de selección. Para ello el oferente deberá diligenciar el sobre único "OFERTA ECONÓMICA" debidamente diligenciado, suscrito por el representante legal o apoderado, según el caso".

De acuerdo con el cierre de fecha de 20 de Febrero de 2026 presentaron propuestas los siguientes oferentes así:



De esta manera se realiza la validación de las ofertas económicas con el fin de establecer la oferta de menor valor, que para el presente proceso es el siguiente:

PARTICIPANTES:

- **OXINET $ 7.821.591**
- **OXIGENOS DEL SUR $ 8.602.666**

Se procede a evaluar la oferta de menor valor, para este caso la empresa **OXINET**

CUADRO N° 1
DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO OBJETO DE VERIFICACION

DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN	OXINET
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT)	CUMPLE
CERTIFICACIÓN BANCARIA	CUMPLE
ANEXO BENEFICIARIO CUENTA SIIF anexo2	CUMPLE
SOBRE UNICO "PROPUESTA ECONOMICA"	CUMPLE
RESOLUCION DE FACTURACION	CUMPLE

PROPUESTA ECONOMICA SECOP II

La oferta fue analizada para determinar si en los cálculos se cometieron errores en las operaciones aritméticas, en cuyo caso y para efectos de evaluación La Dirección de Sanidad militar Dispensario Médico de Cali realizó las verificaciones necesarias.

PRECIO DE REFERENCIA					
NO.	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	PRECIO DE REFERENCIA (IVA INCLUIDO SI APLICA)	OXINET
CLASIFICADOR POR OBJETO DEL GASTO					
			GASES HOSPITALARIOS		
1	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL EN THERMOS	8.757	8.757
2	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO MEDICINAL CON CILINDRO DE 1 M3 CON REGULADOR (HOSPITALIZACION Y URGENCIAS)	4.730	3.547
3	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 7M3 y/o 8.5 m3	12.062	9.046
4	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 6M3 y/o 6.5M3	12.062	12.062
5	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 4 M3 Y/O 4.5M3 PARA AMBULANCIAS)	12.062	9.046
6	4224170	NO CUPS	RECARGA DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 4 M3 (PARA AMBULANCIAS)	12.062	9.046
7	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 3M3 (PARA AMBULANCIAS)	12.062	12.062
8	4224170	NO CUPS	RECARGA DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 3M3 (PARA AMBULANCIAS)	12.062	9.046
9	4224170	NO CUPS	RECARGA DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 1M3 (PARA AMBULANCIAS)	13.279	13.279
10	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIDO NITROSO MEDICINAL EN CILINDRO	117.842	117.841
11	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE NITROGENO GASEOSO CON CILINDRO DE 5,8M3 - 6M3	34.186	25.639

12	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE CO2 MEDICINAL EN CILINDRO DE 25KG	25.487	25.487
13	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE NITROGENO LIQUIDO (LA EMPRESA DEBE RECOGER, LLENAR Y ENTREGAR EL TERMO O CILINDRO MAX EN 24 HORAS HABILES)	12.961	12.960
14	4224170	NO CUPS	PRUEBA HIDROSTATICA DE CILINDROS	108.551	81.413
15	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE AIRE MEDICINAL CON CILINDRO DE 6M3	73.130	73.130
16	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE REGULADOR PARA CILINDROS DE OXIGENO CILINDRO GRANDE (CGA540) Y CILINDRO PORTATIL (CGA870)	1.285	770
17	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 6,5 M3	80.500	48.300
18	4224170	NO CUPS	SUMNISTRO E INSTALACION DE MANGUERAS PARA MANIFOILD PARA OXIGENO QUE CUMPLA CON LA NORMA TECNICA	958.458	575.075
19	4224170	NO CUPS	SUMNISTRO E INSTALACION DE MANGUERAS FLEXIBLES PARA OXIGENO LIQUIDO QUE CUMPLA CON LA NORMA TECNICA	730.376	438.225
20	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE RIGS DE TOMA DE OXIGENO	359.127	215.476
21	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE RIGS DE TOMA DE AIRE Y VACIO	359.127	215.476
22	4224170	NO CUPS	VERIFICACION DE FUGAS Y MANOMETROS EN CAJAS DE CORTE	46.485	27.890
23	4224170	NO CUPS	RECTIFICACION CAJAS DE CORTE CON FUGAS EN MANOMETROS DE CAJAS DE CORTE	50.347	30.208
24	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE CAJA DE CORTE DE 3 GASES	2.912.217	1.747.329
25	4224170	NO CUPS	RECTIFICACION DE CAJA DE ALARMA Y CAJA MAESTRA	66.695	40.016
26	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE CAJA DE ALARMA PARA 3 GASES	4.260.790	2.556.473
27	4224170	NO CUPS	RECTIFICACION DE CAJA DE ALARMA	62.749	37.649
28	4224170	NO CUPS	SERVICIO DE RECARGA TERMO DE NITROGENO LIQUIDO POR LITRO.	14.502	8.700
29	4224170	NO CUPS	RECARGA DE CILINDRO CON CO2 neumoinsuflador	29.920	17.952
30	4224170	NO CUPS	MASCARA ORONASAL DREAMWEAR FULL NACE TALLA S,M,L	751.109	450.665
			GASES Y SERVICIOS DOMICILIARIOS		
31	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: CONCENTRADOR DE OXIGENO+ 1 CILINDRO DE OXIGENO DE SOPORTE DE 3 M3 O 6,5M3 VALOR DIA QUE INCLUYA:** -MANOMETRO DE PRESION Y REGULADOR PARA DOSIFICACION + CANULA -HUMEDIFICADOR CON REPOSICION CADA 4 MESES + CANULA -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE(CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SISTEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA 4 MESES) -EL CILINDRO DE RESPALDO SE REPONDRA CADA 3 MESES SIN NINGUN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN MAS DE OXIGENO MAS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERA VALIDO EL TIEMPO DE VIDA UTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE PRESENTE FALLAS EN EL FLUIDO ELECTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS.	3.932	2.949
32	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: CONCENTRADOR DE OXIGENO+ 1 CILINDRO DE OXIGENO DE SOPORTE DE 3M3 O 6,5M3 + CILINDRO PORTATIL DE 1 M3 VALOR DIA QUE INCLUYA:** -LLENADO DEL CILINDRO PORTATIL 4 VECES AL MES A DOMICILIO SIN VALOR ADICIONAL) PARA PACIENTE PEDIATRICO Y PACIENTE CON CONSUMO MAYOR A 18 HORAS HASTA 3LX´ -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE(CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SITEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA 4 MESES) -MANOMETRO DE PRESION Y REGULADOR PARA DOSIFICACION + CANULA -ENTREGA DE CARRITO O ESTUCHE PARA CILINDRO DE 1 M3 PORTATIL - HUMEDIFICADOR CON REPOSICION CADA 4 MESES + CANULA	7.067	7.067

			-EL CILINDRO DE RESPALDO SE REPONDRA CADA 3 MESES SIN NINGUN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN MAS DE OXIGENO MAS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERA VALIDO EL TIEMPO DE VIDA UTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE PRESENTE FALLAS EN EL FLUIDO ELECTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS.		
33	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: CONCENTRADOR DE ALTO FLUJO DE OXIGENO+ 1 CILINDRO DE OXIGENO DE SOPORTE DE 3M3 O 6,5 M3 VALOR DIA QUE INCLUYA:** -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE(CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SITEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA 4 MESES) -MANOMETRO DE PRESION Y REGULADOR PARA DOSIFICACION + CANULA -HUMEDIFICADOR CON REPOSICION CADA 4 MESES + CANULA -EL CILINDRO DE RESPALDO SE REPONDRA CADA 3 MESES SIN NINGUN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN MAS DE OXIGENO MAS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERA VALIDO EL TIEMPO DE VIDA UTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE PRESENTE FALLAS EN EL FLUIDO ELECTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS	7.713	7.713
34	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL PARA BEBE CANGURO COMPUESTO POR: 1 CILINDRO DE OXIGENO DE 6,5M3 O 3M3 + CILINDRO PORTATIL DE 1 M3 QUE + OXIMETRO DE PULSO (VALOR DIA) INCLUYA:** -LLENADO DEL CILINDRO PORTATIL 4 VECES AL MES A DOMICILIO SIN VALOR ADICIONAL) -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE(CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SITEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA 4 MESES) -LLENADO DE CILINDRO DE OXIGENO DE 4.8 O 6,0 M3 (DOS CILINDROS AL MES) - ENTREGA DE CARRITO O ESTUCHE PARA CILINDRO DE 1 M3 PORTATIL -REGULADORES NEONATALES Y MANOMETROS DE PRESION PARA CADA CILINDRO + CANULAS -HUMIDIFICADOR CON REPOSICION CADA 4 MESES + CANULA -EL CILINDRO DE RESPALDO SE REPONDRA CADA 3 MESES SIN NINGUN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN MAS DE OXIGENO MAS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERA VALIDO EL TIEMPO DE VIDA UTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE PRESENTE FALLAS EN EL FLUIDO ELECTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL	8.768	6.576

			-VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS		
35	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: 1 CILINDRO DE OXIGENO DE SOPORTE DE 3M3 O 6,5M3 (VALOR CILINDRO RECARGA ADICIONAL) + TRANSPORTE QUE INCLUYA:** -MANOMETRO DE PRESION Y REGULADOR PARA DOSIFICACION + CANULA -HUMEDIFICADOR CON REPOSICION CADA 4 MESES + CANULA -EL CILINDRO DE RESPALDO SE REPONDRA CADA 3 MESES SIN NINGUN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN MAS DE OXIGENO MAS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERA VALIDO EL TIEMPO DE VIDA UTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE PRESENTE FALLAS EN EL FLUIDO ELECTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS	1.582	1.186
36	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL COMPUESTO POR: THERMO MADRE DE 46 LTS,+ THERMO PORTATIL HASTA DE 4 LT X´+ 1 CILINDRO DE OXIGENO GASEOSO DE SOPORTE DE DE 4.8 O 6,0 M3. VALOR DIA QUE INCLUYA** - CARGA INICIAL O ENTREGA DE THERMO LLENO - REGULADOR- MANOMETRO PARA DOSIFICACION - ENTREGA DE CARRITO O ESTUCHE PARA THERMO PORTATIL - HUMEDIFICADOR CON REPOSICION CADA 4 MESES -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE(CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SITEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA 4 MESES) - EL CILINDRO DE RESPALDO SE REPONDRA CADA 3 MESES SIN NINGUN COSTO EN PACIENTES QUE REQUIERAN MAS DE OXIGENO MAS DE 18 HORAS DIARIAS, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO UTILIZADO, DE LO CONTRARIO SERA VALIDO EL TIEMPO DE VIDA UTIL REGISTRADO EN EL CILINDRO, SE CAMBIARA EN CASO DE QUE PRESENTE FALLAS EN EL FLUIDO ELECTRICO O FALLE EL CONCENTRADOR. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS	33.228	24.921
37	4224170	NO CUPS	**PAQUETE COMPUESTO POR BALA PORTATIL ADICIONAL, CILINDRO DE 1 M3 VALOR DIA (RECARGA ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL+ TRANSPORTE)** **-**LLENADO DEL CILINDRO PORTATIL 4 VECES AL MES A DOMICILIO SIN VALOR ADICIONAL) -REGULADOR PARA DOSIFICACION Y MANOMETRO -ENTREGA DE CARRITO O ESTUCHE PARA CILINDRO 1 M3 PORTATIL -HUMEDIFICADOR CON REPOSICION TRIMESTRAL -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE(CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SITEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA 4 MESES)	5.683	4.262

			-VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS		
38	4224170	NO CUPS	**SUMINISTRO DE CPAP DE PRESION FIJA CON LECTURA DE DATOS Y HUMEDIFICADOR VALORPACIENTE DIA.** **QUE INCLUYA:** -TUBO CORRUGADO CON CAMBIO EN CASO DE PRESENTAR AVERIACION. -HUMIDIFICADOR A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE. -MASCARA Y ARNES EN GEL EN CONFORMIDAD AL REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE O SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA UNA SOLA VEZ. -TARJETA CON LECTURA DE DATOS -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS	10.904	10.904
39	4224170	NO CUPS	**SUMINISTRO DE BPAP CON VENTILACION NO INVASIVA – VALOR PACIENTE DIA.** **QUE INCLUYA:** -TUBO CORRUGADO, CON CAMBIO EN CASO DE PRESENTAR AVERIACION. -HUMEDIFICADOR (A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE). -MASCARA Y ARNES EN GEL EN CONFORMIDAD AL REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE O SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA UNA SOLA VEZ -TARJETA CON LECTURA DE DATOS. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS	60.448	60.447
40	4224170	NO CUPS	**SUMINISTRO DE BPAP – VALOR PACIENTE DIA.** **QUE INCLUYA:** -TUBO CORRUGADO, CON CAMBIO EN CASO DE PRESENTAR AVERIACION. -HUMEDIFICADOR (A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE). -MASCARA Y ARNES EN GEL EN CONFORMIDAD AL REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE O SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA UNA SOLA VEZ -TARJETA CON LECTURA DE DATOS. -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA - VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO O TERAPEUTA DEBE SER SEMESTRAL -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. -CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS	19.539	19.539
41	4224170	NO CUPS	**CONCENTRADOR PORTATIL CON BATERIA EXTERNA PARA CONSUMO DE 1 HASTA 3 LITROS.** -HUMEDIFICADOR + CANULA (A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE). -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO DEBE SER SEMESTRAL.	27.697	27.697

			-DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA. -CAPACITACIÓN AL PACTE Y SUS FAMILIARES PARA EL MANEJO DEL MISMO ETC.		
42	4224170	NO CUPS	REPOSICION POR DETERIORO MASCARA NASAL EN GEL CON CONECTOR DE OXIGENO (CON ORDEN MEDICA)	396.969	238.181
43	4224170	NO CUPS	REPOSICION POR DETERIORO MASCARA ORO-NASAL EN GEL CON CONECTOR DE OXIGENO (SEGÚN ORDEN MEDICA)	397.566	238.539
44	42272209	NO CUPS	TUBO CORRUGADO PARA CPAP O BPAP SEGÚN NECESIDAD DEL USUARIO POR DETERIORO	69.635	41.781
45	4224170	NO CUPS	**PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL RECARGA ADICIONAL COMPUESTO POR: THERMO MADRE DE 46 LTS VALOR DIA QUE INCLUYA:** **-**RECARGA ADICIONAL O ENTREGA DE THERMO LLENO. -HUMEDIFICADOR CON REPOSICION TRIMESTRAL. -SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE CADA PACIENTE (CANULA NASAL, MASCARA FACIAL, SITEMA VENTURY O AQUEL QUE REQUIERA EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA CON REPOSICION CADA TRES MESES). -VALORACION DOMICILIARIA POR PARTE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA CADA 3 MESES A CADA PACIENTE Y COPIA DE DICHA VALORACION DEBE SER ENVIADA AL DMCAL. -VERIFICACION DE LOS EQUIPOS POR TECNICO DEBE SER SEMESTRAL. -DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA. -CAPACITACIÓN AL PACTE Y SUS FAMILIARES PARA EL MANEJO DEL MISMO ETC.	396.353	297.264

OBSERVACIONES:

Analizando los valores presentados en la propuesta económica, como lo establece el COMPLEMENTO DE LA INVITACION **N° 294-DIGSA/DMCAL-2026**, este comité considera que la empresa **OXINET** **UNA VEZ REVISADOS LOS VALORES UNITARIOS VS EL PRECIO DE REFERENCIA CUMPLE Y NO SUPERA LOS PRECIOS DE REFERENCIA.**

Analizando los valores presentados en la **PROPUESTA ECONÓMICA** como lo establece la **INVITACIÓN PÚBLICA N° 294-DIGSA/DMCAL-2026**, se solicito la respectiva sustentación de precios artificialmente bajos teniendo en cuenta lo establecido por Colombia Compra Eficiente en la GUÍA PARA EL MANEJO DE OFERTAS ARTIFICIALMENTE BAJAS EN PROCESOS DE CONTRATACIÓN en su numeral 2.1.1 COMPARACION ABSOLUTA debido que se presentaron 2 ofertas y el cual establece que la Entidad Estatal debe solicitar aclaración a los proponentes cuyas ofertas sean iguales en un 20%, o un mayor porcentaje, al costo total estimado por la Entidad Estatal:

Re-evaluación Económica de las ofertas presentadas en el PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No 294-DIGSA/DMCAL-2026, CUYO OBJETO ES EL SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS Y DOMICILIARIOS, MANTENIMIENTO DE CILINDROS Y VALVULAS PARA AMBULANCIAS, DEL DISPENSARIO MEDICO DE CALI, ESM BAACA EN BUGA - TULUA, ESM BICOD PALMIRA, BITER 3 ZARZAL, BAMRO 3 FELIDIA, ESM BAS29 POPAYAN Y BITER 29, PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LAS FFMM.

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

HERRAMIENTA DE ANÁLISIS PARA EL MANEJO DE OFERTAS ARTIFICIALMENTE BAJAS EN PROCESOS DE CONTRATACIÓN

Notas

1) La siguiente herramienta se configura cómo un mecanismo que coadyuve a las Entidades Estatales a realizar el ejercicio de revisión y análisis de las ofertas recibidas en los procesos de contratación, de conformidad con los lineamientos definidos en la "*Guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en Procesos de Contratación* ", ANCP - CCE.

2) Es importante indicar que la herramienta se constituye como un insumo para realizar el ejercicio de análisis, sin embargo, es obligatorio reiterar que la Entidad se encuentra facultada y deberá realizar los análisis adicionales que considere necesarios de acuerdo con las particularidades del proceso de selección o determinar la metodología que considere con base en la que validarán los precios artificialmente bajos. Esto, en virtud del principio de autonomía de la voluntad que les otorga el ordenamiento jurídico.

3) Para su uso, deberán diligenciar las celdas de color azul.

4) La hoja "APAB_Resultados" se retroalimenta de manera automática con el diligenciamiento de la hoja "APAB_Informacion"

5) Si la Entidad tiene un mayor número de ofertas habilitadas en el proceso, se recomienda incluir filas adicionales en la hoja "APAB_Información" y ajustar las fórmulas en la hoja "APAB_Resultados".

Presupuesto del proceso o sumatoria de precios unitarios (costo estimado del contrato):	**$ 12.602.666,00**
¿El proceso de selección se adelanta bajo la modalidad de Subasta Inversa?	**NO**

OFERTAS RECIBIDAS

No.	Proponente	Valor Total de la Oferta o Sumatoria de precios unitarios
1	OXIGENOS DEL SUR	$ 8.602.666,00
2	OXINET	$ 7.821.591,00

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

INFORMACIÓN SOPORTE PARA EL ANÁLISIS

¿El proceso de selección se adelanta bajo la modalidad de Subasta Inversa?	**NO**
Cantidad de Ofertas Habilitadas	**2**
Método de comparación a utilizar	**Absoluta**

VARIABLES A UTILIZAR

Mediana	**No aplica**
Desviación estandar	**No aplica**
Valor mínimo aceptable	**No aplica**
Presupuesto del proceso o sumatoria de precios unitarios (costo estimado del contrato):	**$ 12.602.666,00**

OFERTAS RECIBIDAS

No.	Proponente	Valor Total de la Oferta o Sumatoria de precios unitarios	% Diferencia de la oferta con respecto al Costo Estimado del contrato
1	OXIGENOS DEL SUR	$ 8.602.666,00	-31,74%
2	OXINET	$ 7.821.591,00	-37,94%

En el término de traslado la empresa **OXINET** subsano la información requerida cumpliendo con una justificación acorde a lo solicitado.



Referencia interna:	294-DIGSA/DMCAL-2026
Descripción del proceso:	EL SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS Y DOMICILIARIOS, MANTENIMIENTO DE CILINDROS Y VALVULAS PARA AMBULANCIAS, DEL DI
De:	OXINET SAS
Usuario:	NEDIA HERRERA QUINTERO
Fecha:	23 horas de tiempo transcurrido
Referencia del mensaje:	CO1.MSG.9077665
Tipo de mensaje:	General
Asunto:	SUBSANACION DE DOCUMENTOS

Anexos	Documento	Nombre del documento
	Certificación 0959 (1).pdf	Certificación 0959 (1).pdf
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.pdf	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.pdf
	JUSTIFICACION DE DISPENSARIO MEDICO DE CALI.pdf	JUSTIFICACION DE DISPENSARIO MEDICO DE CALI.pdf
	PARAFISCALES.pdf	PARAFISCALES.pdf
	ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES.pdf	ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES.pdf
	1 Resolución rBPM Gases Medicinales (1).pdf	1 Resolución rBPM Gases Medicinales (1).pdf
	2 registro sanitario.pdf	2 registro sanitario.pdf

Exportar todos

CONCLUSIÓN:

Analizando los documentos y los valores presentados en la propuesta económica, como lo establece la **INVITACIÓN PÚBLICA N° 294-DIGSA/DMCAL-2026** este comité califica como **CUMPLE ECONOMICA Y FINANCIERAMENTE** A LA EMPRESA **OXINET** para continuar con el **PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No 294-DIGSA/DMCAL-2026, CUYO OBJETO ES EL SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS Y DOMICILIARIOS, MANTENIMIENTO DE CILINDROS Y VALVULAS PARA AMBULANCIAS, DEL DISPENSARIO MEDICO DE CALI, ESM BAACA EN BUGA - TULUA, ESM BICOD PALMIRA, BITER 3 ZARZAL, BAMRO 3 FELIDIA, ESM BAS29 POPAYAN Y BITER 29, PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LAS FFMM.**

Cordialmente,

ASE. CHRISTIAN STEVE ESPAÑA SANTACRUZ
Comité Económico Evaluador

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO