



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

Santiago de Cali, 23 de Febrero de 2026

Señora Coronel

MARIA CLEMENCIA GUTIERREZ RUEDA

Gerente de Proyecto proceso de selección de Mínima Cuantía N°.294-DIGSA/DMCAL-2026

Asunto: Evaluación técnica del 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.

PARTICIPANTES:

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

Se procede a evaluar la oferta de menor valor presentada, para este caso la presentada por OXINET

NORMAS O ESPECIFICACIONES TECNICAS

NO.	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
CLASIFICADOR POR OBJETO DEL GASTO					
GASES HOSPITALARIOS					
1	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL EN THERMOS	X	
2	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO MEDICINAL CON CILINDRO DE 1 M3 CON REGULADOR (HOSPITALIZACION Y URGENCIAS)	X	
3	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 7M3 y/o 8.5 m3	X	
4	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 6M3 y/o 6.5M3	X	
5	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 4 M3 Y/O 4.5M3 PARA AMBULANCIAS)	X	
6	4224170	NO CUPS	RECARGA DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 4 M3 (PARA AMBULANCIAS)	X	
7	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 3M3 (PARA AMBULANCIAS)	X	
8	4224170	NO CUPS	RECARGA DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 3M3 (PARA AMBULANCIAS)	X	
9	4224170	NO CUPS	RECARGA DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 1M3 (PARA AMBULANCIAS)	X	
10	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIDO NITROSO MEDICINAL EN CILINDRO	X	
11	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE NITROGENO GASEOSO CON CILINDRO DE 5,8M3 - 6M3	X	



12	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE CO2 MEDICINAL EN CILINDRO DE 25KG	X	
13	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE NITROGENO LIQUIDO (LA EMPRESA DEBE RECOGER, LLENAR Y ENTREGAR EL TERMO O CILINDRO MAX EN 24 HORAS HABILES)	X	
14	4224170	NO CUPS	PRUEBA HIDROSTATICA DE CILINDROS	X	
15	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE AIRE MEDICINAL CON CILINDRO DE 6M3	X	
16	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE REGULADOR PARA CILINDROS DE OXIGENO CILINDRO GRANDE (CGA540) Y CILINDRO PORTATIL (CGA870)	X	
17	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO DE OXIGENO GASEOSO 1M3 MEDICINAL CON CILINDRO DE 6,5 M3	X	
18	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE MANGUERAS PARA MANIFOLD PARA OXIGENO QUE CUMPLA CON LA NORMA TECNICA	X	
19	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE MANGUERAS FLEXIBLES PARA OXIGENO LIQUIDO QUE CUMPLA CON LA NORMA TECNICA	X	
20	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE RIGS DE TOMA DE OXIGENO	X	
21	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE RIGS DE TOMA DE AIRE Y VACIO	X	
22	4224170	NO CUPS	VERIFICACION DE FUGAS Y MANOMETROS EN CAJAS DE CORTE	X	
23	4224170	NO CUPS	RECTIFICACION CAJAS DE CORTE CON FUGAS EN MANOMETROS DE CAJAS DE CORTE	X	
24	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE CAJA DE CORTE DE 3 GASES	X	
25	4224170	NO CUPS	RECTIFICACION DE CAJA DE ALARMA Y CAJA MAESTRA	X	
26	4224170	NO CUPS	SUMINISTRO E INSTALACION DE CAJA DE ALARMA PARA 3 GASES	X	
27	4224170	NO CUPS	RECTIFICACION DE CAJA DE ALARMA	X	
28	4224170	NO CUPS	SERVICIO DE RECARGA TERMO DE NITROGENO LIQUIDO POR LITRO.	X	
29	4224170	NO CUPS	RECARGA DE CILINDRO CON CO2 neumoinsuflador	X	
30	4224170	NO CUPS	MASCARA ORONASAL DREAMWEAR FULL NACE TALLA S,M,L	X	
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.	X	



			-CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS.		
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 -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.	X	
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	X	

			SEGÚN COBERTURA.		
			-CAPACITACION AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS		
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 -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	X	
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	X	
36	4224170	NO CUPS	PAQUETE INTEGRAL COMPUESTO POR: OXIGENO	X	

			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		
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) -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	X	
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	X	

			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		
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	X	
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	X	
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. -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.	X	
42	4224170	NO CUPS	REPOSICION POR DETERIORO MASCARA NASAL EN GEL CON CONECTOR DE OXIGENO (CON ORDEN MEDICA)	X	

43	4224170	NO CUPS	REPOSICION POR DETERIORO MASCARA ORO-NASAL EN GEL CON CONECTOR DE OXIGENO (SEGÚN ORDEN MEDICA)	X	
44	42272209	NO CUPS	TUBO CORRUGADO PARA CPAP O BPAP SEGÚN NECESIDAD DEL USUARIO POR DETERIORO	X	
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.	X	

PARAGRAFO 1: Téngase en cuenta que la lista de servicios relacionados en las especificaciones técnicas del presente proceso de selección han sido los servicios más solicitados y autorizados a la población beneficiaria de acuerdo con su condición clínica, y se toman como referente para el presente proceso de contratación. No obstante, si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho **a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna)** de algún usuario y/o beneficiario del Dispensario Médico, llegase a requerir un procedimiento médico o atención integral en salud que tenga estrecha relación con los códigos CUPS (**RESOLUCION N° 2641 DEL 2024**) contemplados en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001, 080 de 2022 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas militares y por su complejidad se encuentre incluido en el portafolio de servicios del oferente seleccionado, este servicio podrá ser prestado por el contratista, previa cotización del servicio requerido y visto bueno por parte del supervisor del contrato, de la misma forma se prestaran aquellos que no se encuentren incluidos en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001, 080 de 2022, 093 DE 2025 y Resolución **2641 DEL 2024** y sean ordenados mediante acción judicial o comité Técnico científico favorable, con el fin de garantizar el derecho a la salud y a la vida de la población beneficiaria.

PARAGRAFO 2: Los servicios que no se encuentran relacionados en el listado de las especificaciones anteriores, aplican a las tarifas **EN PESOS O TARIFAS EN % (EN CASO DE QUE APLIQUE)** de la entidad ofertante, para lo cual junto con la propuesta económica deberá adjuntar su portafolio de servicios valorizado. (**ANEXAR EN ARCHIVO EXCEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS VALORIZADO**).

NOTA1: EL CONTRATISTA NO PODRA SUBCONTRATAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS.

NOTA 2: NO SE ACEPTAN PROPUESTAS PARCIALES, NI ALTERNATIVAS, EL OFERENTE INTERESADO EN EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN DEBE OFERTAR LA TOTALIDAD DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS.



2.1.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

El proponente deberá tener en cuenta que en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato, deberá cumplir como mínimo con las siguientes obligaciones y especificaciones técnicas adicionales, para el cumplimiento de las mismas los interesados en participar diligenciarán correctamente el Anexo No. 2 “NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO” adjunto en los anexos y formularios de la invitación pública, el cual será verificado por el Comité Técnico Evaluador, así mismo debe tener en cuenta aquellos requerimientos que se requieren en documento independiente y demás documentos solicitados a continuación:

N°	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
REQUERIMIENTOS GENERALES			
1	Portafolio actualizado.	X	
2	Anexar fotocopia de la Resolución de autorización expedida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA. Mediante la cual se autoriza al oferente la fabricación de los productos requeridos con los principios activos y las formas descritas. En Caso del proponente sea distribuidor y no fabricante adjuntara el registro INVIMA del fabricante y la carta de autorización de distribución. Si para la fecha prevista para el cierre el oferente no cuenta con el registro INVIMA de los elementos anexara el soporte del trámite ante la entidad correspondiente.		X El oferente no presenta la carta de autorización de distribución
3	Certificado por escrito por parte del oferente que soporte la suficiencia para suministrar lo contratado (capacidad instalada versus población a atender) suscrito por el representante legal.		X No se evidencia soporte
4	Certificación de cobertura geográfica en el departamento de VALLE DEL CAUCA: el oferente deberá certificar por escrito que posee cubrimiento en los municipios de CALI, BUGA- TULUA, ZARZAL, FELIDIA, PALMIRA, POPAYAN, IPIALES y municipios aledaños, para ello adjuntará un listado de los municipios sobre los cuales tiene cobertura.		X No se evidencia soporte
5	GARANTÍA DE LOS SERVICIOS. El oferente deberá garantizar que los suministros acordados se encuentren dentro de los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad con el propósito de proteger, defender y dar seguridad a la vida y salud de los usuarios.		X No se evidencia soporte
6	El oferente debe certificar por escrito que realizara charlas educativas dirigidas a los pacientes y familiares, una vez sean entregados los equipos requeridos para el suministro de oxígeno domiciliario, dando cumplimiento a los protocolos de bioseguridad establecidos con los EPP.		X No se evidencia soporte
7	La entidad prestadora deberá garantizar eficiencia en el suministro y calidad	X	



	del mismo, un personal idóneo y capacitado para educar a los usuarios y familiares en el manejo de los diferentes equipos.		
8	El oferente debe certificar por escrito y mediante documento suscrito por el representante legal que se compromete a efectuar la verificación técnica semestral de los equipos asignados a los usuarios y al Dispensario donde puedan evidenciarse los soportes de mantenimientos y calibraciones realizadas, esto con el fin de optimizar la prestación del servicio.		X No se evidencia soporte

CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el complemento a la invitación para el proceso de selección de Mínima Cuantía N°. **294-DIGSA/DMCAL-2026** se puede establecer que la empresa **OXINET NO CUMPLE** Técnicamente con lo solicitado, debido a que no se adjuntan soportes y los certificados debidamente suscritos por el representante legal requeridos en las especificaciones adicionales.

TASD. ANDRES JULIAN SANCHEZ BONILLA

Comité Técnico Evaluador Proceso de selección de Mínima Cuantía N°. **294-DIGSA/DMCAL-2026**

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO



Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Contrataciondmc2024@gmail.com
 Cali – valle del cauca