**Fecha de emisión: viernes, 29 de enero de 2026**

**DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA**

**SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD.**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROYECTO: | **DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON** |

## 1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO O IPS

| | |
|---|---|
| Departamento | PUTUMAYO |
| Municipio | VILLA GARZON |
| Código habilitación | 8688500198-01 |
| Nombre ESE o IPS | E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL |
| NIT | 846001620-0 |
| Carácter territorial | DEPARTAMENTAL |
| Municipio Sede | VILLA GARZON |
| Código sede | 8688500198-01 |
| Nombre sede | E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL |
| Nivel de atención | Nivel 1 |

## 2 INFORMACIÓN DEL PROYECTO PRESENTADO

| | | |
|---|---|---|
| Problema o necesidad - MGA | "*Insuficiente equipos biomédicos para la prestación de los servicios de salud en la nueva sede de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel.*" Tomado de la MGA | |
| Objetivo del proyecto presentado - MGA | "*Garantizar el funcionamiento de los servicios de salud en la nueva infraestructura de la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel, mediante la adquisición y dotación de equipos médicos esenciales.*". Tomado de la MGA | |
| Población objetivo de la intervención (MGA) | 27494 proyección de población (2020-2035). DANE | |
| Tipo de inversión | Dotación biomédica | Dotación biomédica |
| Plazo ejecución del proyecto (en meses) | CUATRO (4) Meses. | |
| *Entidad ejecutora* | *E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL* | |
| Valor total del proyecto (MGA). Cifras en pesos COL | DOS MIL CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS MCTE | |
| Fuentes de financiación (MGA) | *Monto* | *Fuente Financiadora* |
| | *$ 2.102.255.110,00* | PGN - MSPS |
| Monto solicitado al MSPS. Cifras en pesos COL | *$ 2.102.255.110* | |

## 3 DOCUMENTACIÓN SOPORTE

La documentación aportada para emisión y evaluación se relaciona en anexo al final del presente concepto técnico, la cual fue recibida bajo el radicado No. 2025423004771912 fechado el 12/15/2025, Id Control: 1512203.

## 4 ANÁLISIS DEL PROYECTO DESDE PUNTO DE VISTA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Mediante el Radicado 2026231100049883 fechado el 29 de enero de 2026; la Subdirección de Prestación de Servicios envío a esta Subdirección Insumo técnico desde el punto de vista de la organización de la prestación de servicios de salud, relativo al portafolio de servicios del REPS, situación financiera de la E.S.E., verificación de la inclusión y aprobación en el Plan Bienal de Inversiones en Salud y coherencia con en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado; De igual forma por competencia verifico el cumplimiento del requisito 3 del numeral 7.1.1. de la Resolución 485 de 2025.

Es de indicar que dicho pronunciamiento técnico de la Subdirección de Prestación de Servicios es parte integral del presente pronunciamiento.

### 4.1 Desde el punto de vista de dotación biomédica

#### 4.1.1 Dotación biomédica.

**Justificación y Antecedentes del Proyecto:**

**Justificación**

*El presente proyecto busca garantizar la operación efectiva y segura de la nueva infraestructura de la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel, Municipio de Villagarzon mediante la adquisición de los equipos médicos requeridos para la habilitación y funcionamiento de los servicios en la nueva infraestructura de la E.S.E La dotación propuesta permitirá alcanzar los siguientes resultados:*

*Mejorar la calidad y oportunidad en la atención en salud: oportuna, segura y eficiente, reduciendo los tiempos de espera, evitando desplazamientos innecesarios, y permitiendo la resolución efectiva de patologías en el primer nivel de atención.*

*Garantizar ambientes seguros, funcionales y habilitados conforme a la normatividad vigente: La Resolución 3100 de 2019 establece los requisitos esenciales para la habilitación de servicios de salud en Colombia. Sin el cumplimiento de las especificaciones de dotación biomédica, la nueva infraestructura no podría ser puesta en funcionamiento. El proyecto busca cumplir*

*cabalmente con estos lineamientos, asegurando que cada servicio construido cuente con el mobiliario y equipos clínicos exigidos para su apertura y operación segura. Optimizar la eficiencia en la atención de los servicios de salud La dotación permitirá no solo el inicio de actividades asistenciales, sino también mejorar la eficiencia de los procesos internos, reduciendo costos operativos derivados del mantenimiento de infraestructura inadecuada, y mejorando la productividad del talento humano en salud. Fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de baja complejidad: Al equipar la nueva infraestructura, se ampliará la oferta de servicios locales, disminuyendo la necesidad de remisiones a otros municipios, fortaleciendo así la capacidad resolutiva de primer nivel del municipio de Villagarzon y contribuyendo al mejoramiento integral de la Red de Prestación de Servicios del departamento de Putumayo. Aprovechar la inversión ya realizada en infraestructura: La nueva sede hospitalaria representa una inversión*

*importante en infraestructura física que no podrá generar su impacto esperado si no se dota adecuadamente. Este proyecto es indispensable para poner en operación la infraestructura recientemente construida, garantizando su funcionalidad y contribuyendo a la modernización integral de la oferta de servicios de salud en el municipio. En suma, la ejecución de este proyecto permitirá cerrar la brecha de equipamiento existente, mejorar las condiciones de atención en salud para la población, optimizar el uso de los recursos públicos invertidos en infraestructura y avanzar en el fortalecimiento del sistema de salud local y regional.*

*Desde el punto de vista de la población beneficiaria, trabajo en red, producción, financiero, por un valor total de VALOR DOS MIL CIENTO QUINCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS M/C ($ 2.115.560.815), de acuerdo al presupuesto anexo en el componente técnico del proyecto, debidamente firmado por el profesional responsable, quien anexa carta de responsabilidad. Por lo tanto, se garantiza que el valor del proyecto siempre se encuentre en el rango de costos permitidos por el Departamento de Putumayo, según promedios en materia de dotación en salud.*

Antecedentes:

El proyecto es presentado por primera vez para evaluación y emisión de concepto técnico de viabilidad:

- Radicado: 2025423004771912 ID control 1512203 con fecha de 15/12/2025

A continuación, se describe el proyecto mencionado:

| | |
|---|---|
| Nombre del Proyecto: | DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON |
| Valor total del proyecto: | DOS MIL CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS MCTE<br><br>($ 2.102.255.110). MCT |
| Entidad que participa en su financiación: | PGN - MSPS |

| | | |
|---|---|---|
| Valor total del proyecto Cifras en pesos COL | DOS MIL CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS MCTE | |
| Fuentes de financiación | Entidad Financiadora | Monto |
| | PGN - MSPS | $ 2.102.255.110 |
| | Total | $ 2.102.255.110,00 |

| | |
|---|---|
| Entidad ejecutora del proyecto: | E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL |
| Tiempo estimado de ejecución del proyecto: | CUATRO (4) meses |

**Competencias del MSPS:**

El MSPS, en la Subdirección de Infraestructura en Salud – proyectos de inversión en dotación biomédica, revisa para este proyecto:

- Que el listado de la dotación biomédica contenga la siguiente información: nombre de la dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, cantidad, precio unitario, valor (precio unitario por la cantidad), valor total del proyecto, y su justificación de si se trata de reposición por obsolescencia, renovación tecnológica, innovación tecnológica, dotación biomédica para nuevos servicios, cumplimiento normativo o incremento de la capacidad instalada de los servicios actuales, todo esto acorde con el REPS (Registro especial de prestadores) y el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de cada departamento.
- Que se presenten mínimo dos (2) cotizaciones que permitan comparar dos (2) marcas diferentes, y que los equipos ofertados cumplan con todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas obligatorias definidas por la ESE y verificables en las fichas técnicas y/o manuales por cada marca.

- Que el cuadro comparativo de precios ofertados se encuentre soportado en las cotizaciones del estudio de mercado, donde se seleccione el valor menor cotizado, teniendo en cuenta que en ningún momento dichas cotizaciones fueron evaluadas contra precios del mercado, por cuanto la responsabilidad de estas y la coherencia con el mercado es de la ESE y/o entidad territorial que formuló y presentó el proyecto ante este Ministerio.

**Procedimiento aplicado:**

El proyecto presentado fue sometido estrictamente a lo establecido en el PROCESO GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD del MSPS, así:

**Procedimiento:**
*PSSP03 - Emisión de Concepto Técnico de Viabilidad a proyectos de inversión orientados al fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la Prestación de Servicios de Salud.*

**Formatos del Procedimiento:**
*PSSF02 - Concepto Técnico de Viabilidad*

**Documentación Evaluada para emisión del Concepto Técnico:**

- El MSPS evaluó para la emisión del concepto técnico, los documentos entregados mediante radicados MSPS No 2025423004771912, Id Control: 1512203 con fecha 15/12/2025.

**Certificaciones que sustentan el proyecto:**

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que la E.S.E Hospital San Gabriel Arcangel, cuenta con el talento humano y la infraestructura
- necesaria para la puesta en funcionamiento del equipo incluido en el proyecto denominado
- "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE
- VILLAGARZON." En cuanto a infraestructura la E.S.E dispone de 27 m2 zonificados en sala de preparación y recuperación, sala de control y sala de rayos x fijo que cuenta con vestier y baño. Se cuenta con todas las condiciones necesarias para la instalación del rayo x incluyendo paredes plomadas, requerimientos de aire acondicionado y acometida eléctrica.
- Es importante resaltar que la E.S.E cuenta con talento humano especializado para la puesta en marcha del servicio de Rayo X, en la actualidad cuenta con tres tecnólogos en imágenes
- diagnósticas,". Fechada del 12/8/2025, documento de 1 folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que, la E.S.E Hospital San Gabriel Arcangel, garantiza la sostenibilidad técnica, administrativa y financiera del proyecto de inversión denominado DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON."
- La entidad se compromete a asegurar la operación y el funcionamiento de los bienes que se entreguen en el marco del proyecto, mediante el uso de ingresos de naturaleza permanente, que incluyen recursos del presupuesto institucional derivados de: La facturación de servicios a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Recursos propios generados por la operación de la entidad.

Transferencias y apoyos recibidos en el marco de la contratación con entidades públicas.
Recursos del Sistema General de Participaciones para salud (cuando aplique).
Otros ingresos permanentes que financian la prestación de servicios de salud.
Este compromiso institucional tiene como objetivo garantizar la continuidad en la atención de la población, la sostenibilidad financiera del equipamiento entregado, y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de la red pública de servicios de salud Fechada del 12/8/2025, documento de (1) folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que se compromete a realizar la supervisión del proyecto "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON" una vez que este sea aprobado y se encuentre en ejecución. Fechada del 1/22/2026, documento de (2) folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que, Las actividades contempladas en el proyecto de inversión denominado "DOTACIÓN DE
- EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON.", Municipio de Villagarzon Putumayo", no han sido financiadas ni están siendo financiadas con otras fuentes de recursos, nacionales, territoriales o de cooperación. Fechada del 12/8/2025, documento de (1) folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): El proyecto denominado "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON.", por valor de DOS MIL CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTOS DIEZ PESOS PESOS M/C ($ 2.102.255.110), se formuló teniendo en cuenta los precios vigentes del mercado de la región para el año 2026". Fechada del 1/22/2026, documento de (1) folios en formato PDF.

- Que revisado el proyecto "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON.", desde el componente técnico el profesional competentes de la E.S.E" Hospital San Gabriel Arcangel, se establece que se estudió, revisó y verifico el listado de la dotación biomédica que contiene la siguiente información: nombre de la dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, cantidad, precio unitario, valor (precio unitario por la cantidad), valor total del proyecto, y su justificación, encontrando que si se trata de reposición por obsolescencia e incremento de la capacidad instalada, todo esto acorde con el REPS (Registro especial de prestadores) y el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes del Departamento, así como también el cuadro

comparativo de precios ofertados soportado en las cotizaciones del estudio de mercado, donde se seleccionó el menor valor cotizado, puestas a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social, para evaluación y emisión del Concepto Técnico., Fechada del , documento de (1) folios en formato PDF

- ***Coherencia del equipamiento requerido con el Plan de Acción Territorial y el portafolio de servicios del prestador.***

— *Que el listado de la dotación biomédica contenga la siguiente información: nombre de la dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, cantidad, precio unitario, valor (precio unitario por la cantidad), valor total del proyecto, y su justificación de si se trata de reposición por obsolescencia, renovación tecnológica, innovación tecnológica, dotación biomédica para nuevos servicios, cumplimiento normativo o incremento de la capacidad instalada de los servicios actuales, todo esto acorde con el REPS (Registro especial de prestadores) y el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de cada departamento.*

— *El Ministerio de Salud y Protección Social revisó el listado de la dotación biomédica y encontró que SI contiene la siguiente información: nombre de la dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, cantidad, precio unitario, valor (precio unitario por la cantidad), valor total del proyecto, y su justificación: incremento de la capacidad instalada de los servicios actuales y cumplimiento normativo, todo esto acorde con el REPS (Registro especial de prestadores) y el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de cada departamento, en el cuadro presentado por la* ***E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, VILLA GARZON DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO.***

— *De acuerdo con el análisis de la documentación presentada se evidencia que los equipos biomédicos solicitados para* ***E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, VILLA GARZON DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO*** *están acorde con la complejidad de los servicios definidos en el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes del Departamento de* ***PUTUMAYO***

— *Que se presenten mínimo dos (2) cotizaciones que permitan comparar dos (2) marcas diferentes, y que los equipos ofertados cumplan con todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas obligatorias definidas por la ESE y verificables en las fichas técnicas y/o manuales por cada marca.*

— *El Ministerio de Salud y Protección Social verificó y encontró que, SI se presentaron mínimo dos (2) cotizaciones que permitieron comparar dos (2) marcas diferentes, y que los equipos ofertados cumplen con todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas obligatorias definidas por la ESE y verificadas en las fichas técnicas y/o manuales por cada marca.*

— *Que el cuadro comparativo de precios ofertados se encuentre soportado en las cotizaciones del estudio de mercado, donde se seleccione el valor menor cotizado, teniendo en cuenta que en ningún momento dichas cotizaciones fueron evaluadas contra precios del mercado, por cuanto la responsabilidad de estas y la coherencia con el mercado es de la ESE y/o entidad territorial que formuló y presentó el proyecto ante este Ministerio.*

— *El Ministerio de Salud y Protección Social verificó que, SI se encuentra el cuadro comparativo de precios ofertados y se encuentra soportado en las cotizaciones del estudio de mercado, donde se seleccionó el valor menor cotizado.*

Los Equipos Biomédicos viabilizados por el Ministerio, que se van a adquirir dentro del proceso de contratación, deben cumplir con todas y cada una de las especificaciones técnicas mínimas obligatorias presentadas por la ESE, las cuales están acordes a sus necesidades puntuales y que se relacionan a continuación:

***Tabla No 1. Especificaciones Técnicas Equipos Biomédicos Requeridos Por E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL***

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 1 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Camilla para examen | 17 | 1. Superficie o Tendido Compuesto por dos (2) planos, uno (1) fijo y uno (1) móvil |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Levante de espaldar mediante sistema neumático. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Fabricada en cold rolled o lámina de acero de alta resistencia, |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 1 | | | 4. Acabado pintura en polvo epoxi poliéster |
| | CONSULTA EXTERNA | PROCEDIMIENTO MENORES | | 2 | | | 5. Tapizado o colchoneta en material sintético de alta resistencia |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 6. Dimensiones aproximadas (largo, ancho, alto) de 1.80cm+-3cm x 60 +-5cm x 80 +- 6cm respectivamente |
| | | | | | | | 7. que soporte de peso minimo 150Kg. |
| | | | | | | | 8. Soporte para porta rollorollo de tela quirúrgica |
| | | | | | | | 9. Con tapones plásticos en las puntas de las patas |
| | | | | | | | 10. Que incluya escalerilla de dos pasos |
| 2 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Tensiómetro adulto de pared | 15 | 1. Rango de medición de 0-300mmHg. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Precisión de medición de +-3mmHg |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Brazalete para adulto |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 1 | | | 4. Sistema de desinflado o válvula de purga de aire. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 5. Perilla de insuflación con válvula de liberación de aire. |
| | | | | | | | 6. Que tenga canasta para guardar el brazalete |
| 3 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 2 | Tensiómetro de bolsillo pediatrico | 5 | 1. Rango de medición de 0-300mmHg. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 1 | | | 2. Precisión de medición de +-3mmHg |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 1 | | | 3. Brazalete pediatrico libre de latex |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 0 | | | 4. Pera de insuflación con libre de latex de aire. |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 1 | | | 5. Estuche protector para guardar y transportar el equipo |
| | | | | | | | 6. Que incluya un Brazalete pediatrico con diametro entre 13 y 26 cm o) |
| 4 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Fonendoscopio Adulto | 18 | 1. Adulto Cabezal Doble (diagfragma y campana) |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Campana o pieza de contacto, arcos y auriculares Fabricada en acero inoxidable o aleacion de aluminio |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Libre de látex |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 4. Longitud total entre 71 y 76 cm |
| | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO | | 1 | | | 5. Olivas extrablandas, blanda o suave |
| | URGENCIAS | REANIMACION | | 1 | | | 6. Diametro del diafragma o menbrana entre 44 y 45 mm |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 7. Diamentro de la campana entre 35 y 38mm |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO | | 1 | | | |
| 5 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 2 | Fonendoscopio pediatrico | 10 | 1. Pediatrico Cabezal Doble (diagfragma y campana) |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 2 | | | 2. Campana o pieza de contacto, arcos y auriculares Fabricada en acero inoxidable o aleacion de aluminio |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 1 | | | 3. Libre de látex o ftalatos |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 1 | | | 4. Longitud total entre 71 y 76 cm |
| | URGENCIAS | OBSERVACION PEDIATRIA | | 1 | | | 5. Olivas extrablandas, blanda o suave |
| | URGENCIAS | REANIMACION | | 1 | | | 6. Diametro del diafragma o menbrana entre 44 y 45 mm |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | | 1 | | | 7. Diamentro de la campana entre 35 y 38mm |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | | 1 | | | |
| 6 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Equipo de órganos de los sentidos de pared | 14 | 1. Unidad transformadora con sistema de montaje para fijarse a pared de 3.5 V |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 1.1.- Con dos mangos. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 1.2.- Control de intensidad de luz. |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 1.3.- Cable en espiral. |
| | | | | | | | 1.4.- Encendido automático al retirar el mango de su base y apagado automático al colocarlo nuevamente en la base. |
| | | | | | | | 2.- Otoscopio con iluminación LED a través de fibra óptica de 3.5 volts como mínimo |
| | | | | | | | 2.1.- Espéculos reusables en diferentes tamaños como mínimo 4 |
| | | | | | | | 2.2.- Vida útil del LED de 10,000 horas o 7 años como mínimo. |
| | | | | | | | 2.3.- Temperatura de color en el rango de 3,500 a 5,500 grados Kelvin. |
| | | | | | | | 3.- Oftalmoscopio con iluminación LED de 3.5 volts como mínimo. |
| | | | | | | | 3.1.- Con al menos 28 lentes para dioptrías dentro del rango de -25 a +40. |
| | | | | | | | 3.2- Temperatura de color en el rango de 3,200 a 5,500 grados Kelvin. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 3.3 Con al menos 5 puntos de aperturas |
| | | | | | | | 4. Alimentación 110-120V ±10% |
| | | | | | | | 5. Con sistema antirrobo |
| 7 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Báscula de piso para adulto grado medico | 15 | 1. Balanza Médica de Piso grado medico |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Que La pantalla puede orientarse hacia el paciente o el médico o doble lado |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Funciones minimas TARA, HOLD, Función madre+bebé |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 1 | | | 4. Capacidad minima de 200kg/440 o mayor |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 5. Graduación 100 g |
| | | | | | | | 6. Equipada con patas niveladoras |
| | | | | | | | 7. Con superficie antideslizante |
| | | | | | | | 8. Fuente de alimentación: bateria y con Adaptador de corriente |
| 8 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Báscula pesa bebe grado medico | 16 | 1. Pesa bebe electronica o digital |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Con bandeja de pesa removible |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Capacidad de 20kg/44lbs |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 1 | | | 4. División o resolucion de 5 g o 10 kg |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 5. Comutacion de peso graduada en kilos y libras. |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | | 1 | | | 6. Función minimo HOLD y TARA |
| | | | | | | | 7. Alimentación batería y adaptador de corriente |
| | | | | | | | 8. Que incluya mesa de soporte |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 9 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Tallimetro | **15** | 1. Alcance de medición: 20 – 205 cm o mayor |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. División: 1 mm, |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Con tope para la cabeza |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 1 | | | 4. Con Plataforma o base para posicion de pie |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 5. que se pueda leer desde ambos lados |
| | | | | | | | 6. Dimesiones minimias: (AxAxP): 337 x 2.130 x 590 mm / 13.3 x 83.9 x 23.2" |
| 10 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Infantometro | **15** | 1.Fabricado en ABS |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Plegable o de brazos de medición móviles y fijos. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3. Alcance de medición: 10 o menor a 100 cm o mayor |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 1 | | | 4. División: entre 1 y 5 mm |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | |
| 11 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 4 | Lámpara de examen | **17** | 1.- Base movil |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | | 5 | | | 2. Cabezal movible o ajustable o tipo cuello de cisne |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 3.- Tecnología LED para el/los bombillos |
| | CONSULTA EXTERNA | PROCEDIMIENTO MENORES | | 2 | | | 4. Temperatura del color entre 5500 y 6500 Kelvin |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 2 | | | 5.-Vida util de los bombillos. 50.000 horas minimo |
| | TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | AREA DE TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | | 1 | | | 6. Intensidad de la luz a distancia de trabajo 20.000 lux o mayor a 30 cm de distancia |
| | | | | | | | 7. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 12 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 5 | Doppler fetal de bolsillo | 9 | 1. Pantalla OLED o LCD o TFT |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | | 3 | | | 2. Rango de latidos cardíacos fetales: 50 o menor- 210 o mayor bpm. |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | | 1 | | | 3. Rango de potencia de salida de audio: 0.5-1W. |
| | | | | | | | 4. Frecuencia mínima de 2MHz. |
| | | | | | | | 5. Indicador nivel de batería |
| | | | | | | | 6. Batería recargable |
| | | | | | | | 7. Con transductor piezoeléctrico ultrasónico. |
| | | | | | | | 8. Cargado con entreda de 100-240VAC |
| 13 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 1 | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Unidad odontológica fija | 3 | 1. Sillón para paciente con altura ajustable y movimiento eléctrico de inclinación espalda, con control electronico para movimientos. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 2 | | 1 | | | 1.1 . Sillón con capacidad de 180 Kg o superior de material lavable, antihongos, impermeable y resistente. |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA HIGIENES ORAL (PYP) | | 1 | | | 1.2 . Apoya cabeza y brazos abatibles |
| | | | | | | | 2. Modulo de tres o cuatro servicios y Jeringa triple |
| | | | | | | | 2.1 Con bandeja para instrumental removible en acero inoxidable. |
| | | | | | | | 2.2 Módulo giratorio a 150° como minimo o ecualizable |
| | | | | | | | 3. Escupidera de porcelana o material de alta resistencia |
| | | | | | | | 3.1 Con flujo de agua, para llenado del vaso y lavado de taza |
| | | | | | | | 3.2 Eyector de saliva automático por agua o aire. |
| | | | | | | | 3.3 Rejilla colectora de sólidos |
| | | | | | | | 4. Lámpara de luz fría led de 18000 lux como minimo |
| | | | | | | | 4.1. Control de encendido, apagado y nivel de intensidad de la lámpara. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 4.2 Brazo con movimientos horizontal y vertical. |
| | | | | | | | 5. Estructura modulo metálica con acabado pintura electroestatica. |
| | | | | | | | 6. Requerimiento eléctrico 110 (+/- 10%)/ 60 Hz. |
| | | | | | | | 7. Butaco para odontologo |
| | | | | | | | 8. Compresor de aire libre de aceite de 2 HP como mínimo y nivel sonoro no mayor a 65 dB, Con tanque capacidad de almacenamiento de 65 a 70 litros. |
| 14 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 1 | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Lámpara de fotocurado | 2 | 1. Longitud de onda: 450 o menor a 470 nm o mayor |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 2 | | 1 | | | 2. Intensidad de luz de minImo 1400mW/cm2 o mayor |
| | | | | | | | 3. Con cubierta protectora de luz |
| | | | | | | | 4. Bombillo led. |
| | | | | | | | 5. Que funcione con la bateria recargable |
| | | | | | | | 6. Que incluya Base de recarga a 100-240 V~ 50/60 Hz |
| | | | | | | | 7. Con los siguintes tiempor de fotocurado como minimo: 5,10,15, 20 segundo |
| | | | | | | | 8. Guía de Luz de 10 mm +/- 1mm |
| 15 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 1 | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 2 | kit piezas odontologicas | 6 | 1. Micromtor con Vel. Máx: 18.000 rpm o mayor |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 2 | | 2 | | | 2. Contraangulo con Velocidad minima de 30.000 RPM |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA HIGIENES ORAL (PYP) | | 2 | | | 3. Pieza de mano con Velocidad minima de 30.000 RPM |
| | | | | | | | 4. Turbina con velocidad minimo de 330.000 RPM |
| | | | | | | | 5. Esterilizable en autoclave |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 16 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA HIGIENES ORAL (PYP) | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Escaler odontologico | 1 | 1. Frecuencia de operación o vibracion: 25KHz ±5%. |
| | | | | | | | 2. Con Ajuste de potencia |
| | | | | | | | 3. Presión hidráulica: 25–60 Psi, o su equivalente |
| | | | | | | | 4. Pedal de control |
| | | | | | | | 5. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz. |
| | | | | | | | 6. Que incluya inserto o puntas de escaler |
| 17 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Autoclave | 1 | 1. Tipo de ciclo de esterilización: Clase B automatico |
| | | | | | | | 2. Con capacidad entre 20 y 24 litros . |
| | | | | | | | 3. Cámara de esterilización en acero inoxidable. |
| | | | | | | | 4.Que incluya Test Bowie&Dick |
| | | | | | | | 5. Temperaturas de esterilización: 121 o menor °C y 134 °C o mayor |
| | | | | | | | 6.Rango tiempo de esterilización desde 10 minutos o menos o inferior a 90 minutos |
| | | | | | | | 7. Bomba de vacio . |
| | | | | | | | 8. Con válvula de seguridad o proteccion de sobrepresión |
| | | | | | | | 9. Seguro de la puerta. |
| | | | | | | | 10. Con pantalla de visualización LCD |
| | | | | | | | 11. Con panel de control. |
| | | | | | | | 12. Alarma o sobreproteccion de sobrecalentamiento. |
| | | | | | | | 13. Filtro Bacteriologico o HEPA |
| | | | | | | | 14. Que incluya bandejas |
| | | | | | | | 15. Impresora |
| | | | | | | | 16. Alimentación eléctrica: 110V o 220V, 50/60 Hz (según requerimiento). |
| 18 | TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | AREA DE TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Camilla ginecológica | 1 | 1. Superficie de paciente de 3 secciones: una fija dos móviles |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 2. fabricadas en lámina de acero cold rolled de alta resistencia. |
| | | | | | | | 3. Movimientos asistidos por amortiguador neumático y/o mecanica |
| | | | | | | | 4. Piecero regulable y desmontable o desplazable hacia la estructura |
| | | | | | | | 5. Con Gavetas laterales y alacena |
| | | | | | | | 6. Escala inferior retráctil de un paso |
| | | | | | | | 7. Bandeja para fluidos en acero inoxidable |
| | | | | | | | 8. Soporte para rollo de tela quirúrgica o papel |
| | | | | | | | 9. Salida auxiliar para equipos y cable de conexión a red eléctrica |
| | | | | | | | 10. Base con niveladores antideslizantes. |
| | | | | | | | 11. Capacidad de carga segura 180 kg minimo |
| | | | | | | | 12. Acabado pintura en polvo epoxi poliéster |
| | | | | | | | 13. Tapizado o colchoneta en material sintético de alta resistencia |
| | | | | | | | 14. Que Incluya: Corveras (pierneras) |
| | | | | | | | 15. Que Incluya: butaco giratorio |
| 18 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Ultrasonido terapeutico | 1 | 1. Con pantalla LCD o tecnología superior. |
| | | | | | | | 2. Modos de operación Continuo y pulsado |
| | | | | | | | 3. Frecuencia del ultrasonido: 1 MHz o 3 o 3.2 MHz ±10% |
| | | | | | | | 4. Intensidad Máxima: entre 2.2 y 3W/cm² ±30% |
| | | | | | | | 5. Potencia de: 21W ±20% |
| | | | | | | | 6. Frecuencia de repetición de pulsos: 100 Hz |
| | | | | | | | 7. Temporizador: 1min a 30min |
| | | | | | | | 8. Corriente eléctrica 120 V/ 60 Hz |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 9. Accesorios: Carro móvil |
| 19 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Electroestrimulador para terapia | 1 | 1. Especificaciones generales |
| | | | | | | | 1.1 Con pantalla LCD o tecnología superior. |
| | | | | | | | 1.2 Tiempo máximo de tratamiento 60 minutos |
| | | | | | | | 2. De cuatro canales de salida |
| | | | | | | | 3. Que proporcione forma de ondas Interferencial de 4 polos con las siguientes caracteristicas |
| | | | | | | | 3.1 Frecuencia portadora (Hz) entre 2000 y 4000 Hz |
| | | | | | | | 4. Que proporcione ondas Russian con las siguientes caracteristicas |
| | | | | | | | 4.1 Frecuencia (Hz) entre 1 y 2500 (Hz) |
| | | | | | | | 4.2 Intensidad de salida entre 0 a 250mA |
| | | | | | | | 5. Que proporcione ondas EMS con las siguientes caracteristicas |
| | | | | | | | 5.1 Frecuencia (Hz) entre 1 y 250 (Hz) o mayor |
| | | | | | | | 6. Que proporcione ondas TENS con las siguientes caracteristicas |
| | | | | | | | 6.1 Frecuencia (Hz) entre 1 o menor y 250 (Hz) |
| | | | | | | | 6.2 Ancho de pulso (us) entre 50 o menor y 1000 us |
| | | | | | | | 6.3 Intensidad de salida entre 1 a 250mA |
| | | | | | | | 7. Suministro de voltaje del adaptador: 100 V a 240 V, 50 Hz a 60 Hz |
| | | | | | | | 8. Accesorios: juego de Electrodos, Cables para aplicación con conector, Gel Conductor, carro de transporte |
| 20 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Bicicleta estatica | 1 | 1. Pantalla LCD o superior de 7 pulgadas que muestre como minimo "Tiempo, , distancia, calorías, ritmo cardíaco," |
| | | | | | | | 2. Programas minimo 12 |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 3. Niveles de resistencia minimo 20 |
| | | | | | | | 4. Peso máximo del usuario Minimo 120kg |
| | | | | | | | 5. Sillon ajustable en altura y distacia |
| | | | | | | | 6. Pedales con correa ajustable |
| | | | | | | | 7. Frecuencia cardíaca: Contacto o, correa transmisora de frecuencia cardíaca |
| | | | | | | | 8. Soporte para accesorios y portavasos |
| | | | | | | | 9. Requerimiento eléctrico: +/- 110-120 VAC -50/60 Hz. O oma corriente de 12 V |
| 21 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Caminadora | 1 | 1. Con motor de 3.0 cv como minimo |
| | | | | | | | 2. Pantalla LCD o superior de 7 pulgadas que muestre como minimo "Tiempo, velocidad, distancia, calorías, ritmo cardíaco," |
| | | | | | | | 3. Con Inclinación: 1,0 - 16 %. o mayor |
| | | | | | | | 4. Rango de velocidad entre 1 y 16 Km/hora o mayor |
| | | | | | | | 5. Que soporte como minimo 120 Kg |
| | | | | | | | 6. Area del trote o util de minimo: 50 (ancho) x 139 cm (largo) o mayor |
| | | | | | | | 7. Con Boton de stop de emerigencia |
| | | | | | | | 8. Con pasamanos extendidos |
| | | | | | | | 9. Requerimiento eléctrico: +/- 110-120 VAC -50/60 Hz. |
| 22 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Tanque hidrocolector paquetes caliente | 1 | 1. Estructura general en acero inoxidable |
| | | | | | | | 2. Temperatura: 70°C minimo |
| | | | | | | | 3. Capacidad 6 paquetes |
| | | | | | | | 4. Requerimiento eléctrico: +/- 110-120 VAC -50/60 Hz. |
| | | | | | | | 5. Accesorios: 6 paquetes calientes |
| 23 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Camilla para examen fija de un plano | 3 | 1. Superficie fija |
| | TERAPIA RESPIRATORIA. | TERAPIA RESPIRATORIA. | | 1 | | | 2. Fabricada en cold rolled |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | URGENCIAS | SAL DE YESO | | 1 | | | 3. Acabado en pintura electrostática |
| | | | | | | | 4. Tapizado en material sintético de alta resistencia |
| | | | | | | | 5. Dimensiones aproximadas (largo, ancho, alto) de 1.80cm+-3cm x 60 +-5cm x 80 +- 6cm respectivamente |
| | | | | | | | 6. que soporte de peso minimo 120Kg. |
| | | | | | | | 7. Con tapones plásticos en las puntas de las patas |
| | | | | | | | 8. Accesorio: Escalerilla de dos pasos del mismo material y color de la camilla |
| 24 | TERAPIA RESPIRATORIA. | TERAPIA RESPIRATORIA. | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Nebulizador | 4 | 1-Presión minima de generacion del compresor 20 (PSI) |
| | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO/PEDIATRIA | | 1 | | | 2- Flujo minimo aproximado de aire de salida 5 ml/min. |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO | | 1 | | | 3. Que sea de uso continuo |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | | 1 | | | 4. Tasa o velocidad de nebulización 0.02 ml /min o mayor |
| | | | | | | | 5. Recipiente con capacidad aproximada para el depósito de medicamento hasta 6ml. |
| | | | | | | | 6. Particulas menor o igual a 4 |
| | | | | | | | 7. Alimentacion: 110V/60HZ |
| 25 | FONOAUDIOLOGIA | AUDIOMETRIA | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Audiometro | 1 | **1. Caracteristicas generales** |
| | | | | | | | 1.1 Audiómetro de uso clínico compuesto por dos (2) canales |
| | | | | | | | 1.2. Deberá permitir realizar mínimamente audiometrías: Audiometrías de tono, de voz, logo audiometrías. |
| | | | | | | | 1.3. Con pantalla integrada al equipo tamaño |
| | | | | | | | 1.4. Alimentación: 100-240 V – 50/60 Hz. |
| | | | | | | | 2. Deberá Contar como minimo con las siguientes salidas: Vía aérea, ósea, enmascaramiento y campo libre |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 3. Logo audiometría grabada, integrada en el equipo y micrófono de voz en vivo. |
| | | | | | | | 4.. Tipo de Tono: al menos, pulsado, continuo, gorjeo (Warble) |
| | | | | | | | 5. Pruebas especiales, al menos SISI, Stenger, ABLB |
| | | | | | | | 6. Rango de frecuencia (Hz) vía aérea de al menos 125-8.000 Hz. |
| | | | | | | | 7. Rango de frecuencia (Hz) la vía ósea desde 250-8.000 Hz. |
| | | | | | | | 8. Rango de nivel de salida vía aérea: de -10dBHL a 120dBHL |
| | | | | | | | 9. Rango de nivel de salida via osea de -10dBHL a 70dBH |
| | | | | | | | 10. Rango de nivel de salida campo libre (FF): hasta 90dB |
| | | | | | | | 11. Cuente con Función de comunicación con el paciente |
| | | | | | | | 12. Almacenamiento de datos del paciente en la memoria interna del equipo. |
| | | | | | | | 13. Accesorios incluidos en con el equipo |
| | | | | | | | 13.1 Auriculares audiométricos |
| | | | | | | | 13.2 Auriculares de conducción ósea |
| | | | | | | | 13.3 Pulsador de respuesta del paciente |
| | | | | | | | 13.4 Parlantes para campo libre |
| | | | | | | | 14. Que incluya Cabina sono amortiguada de 1.20x120x2.00 mts como minimo + Rampa |
| 26 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Analizador de Bioquímica Clínica | **1** | 1. Analizador con sistema automatico de 200 pruebas horas o mejpr |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 2. Método de análisis: puede ser de fotometría de absorbancia, turbidimetría, calibración lineal y no lineal, Punto final, tiempo fijo, cinético con o sin blanco de reactivo, u otros métodos de análisis |
| | | | | | | | 3. Que realice como minimo las siguientes pruebas con diferentes marcas de reactivo |
| | | | | | | | 3.1Perfil hepático minimo: Alanina aminotransferasa, Aspartato aminotransferasa. Fosfatasa alcalina Bilirrubina directa, Bilirubina Total, Proteínas totales, Albúmina |
| | | | | | | | 3.2 Perfil renal minimo: Urea, Creatinina, ácido úrico |
| | | | | | | | 3.3.Perfill inmunológico minimo: Inmunoglobulina A Inmunoglobulina G, Inmunoglobulina M, Complemento C3, Complemento C4 |
| | | | | | | | 3.4. Perfil de diabetes minimo: Glucosa, |
| | | | | | | | 3.5 Perfil cardiáco minimo: Creatina quinasa, Creatina quinasa-MB, Lactato deshidrogenasa. - hidroxibutirato deshidrogenasa, |
| | | | | | | | 3.6. Perfil Inorgánico y anemia minimo: Hierro, Transferrina, Calcio, Magnesio, Fósforo |
| | | | | | | | 3.7 Perfil lipídico minimo:Colesterol total Triglicéridos, Colesterol HDL, Colesterol LDL |
| | | | | | | | 3.8: Perfil de reumatismo minimo: Proteína C reactiva Factor reumatoide, Antiestreptolisina “O” |
| | | | | | | | 3.9: Perfil de pancreatitis minimo: -amilasa,Lipasa |
| | | | | | | | **4. Sistema de muestra** |
| | | | | | | | 4.1 Bandeja de muestra: 30 posiciones de muestra como minimo |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 4.2. Volumen de muestra 2-80 µl, o mejor |
| | | | | | | | **5. Sistema de reactivos** |
| | | | | | | | 5.1. Disco reactivo: Minimo 60 posiciones compatibles con varios tipos de reactivos |
| | | | | | | | 5.2 Con sistema de lavado de sonda |
| | | | | | | | 5.3 Volumen de reactivo: 10-600 µl o mejor |
| | | | | | | | **6. Sistema óptico** |
| | | | | | | | 6.1 Fuente de luz: de Tungsteno halógena o mejor |
| | | | | | | | 6.2. Sistema óptico: con rango de longitud de onda puede ser entre 200nm a 900 nm |
| | | | | | | | **7. Sistema de reacción** |
| | | | | | | | 7.1 Cubeta de reacción: minimo de 40 cubetas |
| | | | | | | | 7.2 Sistema de lavado de sonda |
| | | | | | | | 7.3 Volumen de reacción: entre 100-360 µl |
| | | | | | | | **8. Calibración y control de calidad** |
| | | | | | | | 8.1 Modos de calibración: Linear (un punto, dos puntos y multipuntos), Logit-Log 4P, Logit-Log 5P, exponencial, parábola |
| | | | | | | | 8.2. control de calidad: Reglas de control: X-R, L-J, multiregla Westgard, chequeo de suma acumulativa, lote gemelo uotros métodos |
| | | | | | | | 9. Sistema operativo Windows XP o Vista o superior |
| | | | | | | | 10. Sitema de interfaz para transmisión de datos |
| | | | | | | | 11. Consumo de agua, ≤ 5 L/H |
| | | | | | | | 12. Requerimiento eléctrico 110v - 120V ac 60Hz |
| | | | | | | | 13. Debe incluir pc con UPS de acuerdo a los requerimientos de la marca |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 14. El equipo debe ser entregados con las pruebas validadas y el kit de arranque correspondiente |
| | | | | | | | 15. El equipo debe ser entregado programado para enlazar con el his de la ESE |
| 27 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Analizador de hematología | 1 | 1.- Analizador de hetamtologia de 3 partes |
| | | | | | | | 2.- Que que analice minimo 21 paramentros que incluya minimo siguientes paratmetros: WBC, LYM#, MID#, GRAN#, LYM%, MID% GRAN%, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW-CV, RDW-SD, PLT, MPV, PDW, PCT, P-LCR, P-LCC |
| | | | | | | | 3. Diferenciación en 3 partes de WBC y 3 histogramas |
| | | | | | | | 4.- Rendimiento entre 60 y 80 pruebas por hora |
| | | | | | | | 5.- Metodo de medicion: Impedancia volumentrica |
| | | | | | | | 6.- Rango del volumen de la muestra entre de 8 y 15 µL modo sangre y prediluido entre 10 y 20 µL 1 |
| | | | | | | | 7.- Reactivos libre de cianuro |
| | | | | | | | 8.- Capacidad de almacenamiento: de datos o resultados o registros de mínimo 100.000 resultados de muestra |
| | | | | | | | 9.- Con Pantalla LCD o TFT |
| | | | | | | | 10.- Sistema de Alarma |
| | | | | | | | 11. Sitema de interfaz para transmisión de datos |
| | | | | | | | 12. Impresora incluida |
| | | | | | | | 13.- Red electrica 110VAC, 60Hz +-10% u operación 12VDC |
| | | | | | | | 14.- Incluya kit de reactivo de arranque |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 28 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Analizador de Coagulacion | 1 | 1. TMétodo de prueba o Principio Luz dispersada con sistema LED o mecanico |
| | | | | | | | 2. Minimo 2 canales |
| | | | | | | | 3. Procesamiento como minimo: APTT, PT, TT Y FIB |
| | | | | | | | 4. Volumen de muestra o reaccion entre 50-200 ul |
| | | | | | | | 5. Posición del reactivo minimo 2 |
| | | | | | | | 6. Que Incluye pipeta automática |
| | | | | | | | 7. Con impresora térmica. |
| | | | | | | | 8. Requerimiento eléctrico: 110 v ±10% - 50/60 hz |
| | | | | | | | 14.- Incluya kit de reactivo de arranque |
| 29 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Lector para urianalisis | 1 | 1. Que mida los siguientes parametros como minimos: (1) urobilinogeno, (2) bilirrubina, (3) cetona, (4) leucocitos, (5) sangre, (6) proteinas, (7) nitritos, (8) glucosa, (9) gravedad específica, (10) pH. |
| | | | | | | | 2. Principio de medición: método de reflectancia de longitud de onda dual o Colorimetría mediante diodos LED u otros métodos de análisis |
| | | | | | | | 3. Longitudes de onda entre: 505 nm a 660 nm. |
| | | | | | | | 4. Rendimiento entre 60 y 120 pruebas/h. minimo |
| | | | | | | | 5. Memoria con almacenamiento de 5000 pruebas o superior. |
| | | | | | | | 6. Pantalla LCD o TFT. |
| | | | | | | | 7. Impresora integrada |
| | | | | | | | 8. Que cuente con interfaz |
| | | | | | | | 9. Requerimientos eléctricos: 110V (+/-10%)/ 60 Hz. O 12 V CC |
| | | | | | | | 10.- Incluya kit de reactivo de arranque |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 30 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Centrífuga 28 tubos | 1 | 1. Rotor con capacidad entre 28tubos. |
| | | | | | | | 2. Para tubo entre 10 y 15ml. |
| | | | | | | | 3. Velocidad de rotación entre 4000 y 6000 RPM. |
| | | | | | | | 4. fuerza centrífuga relativa máxima - RCF minimo 2300 |
| | | | | | | | 5. Motor libre mantenimiento o sin escobillas de carbón. |
| | | | | | | | 6. Con visualización de RPM/RCF |
| | | | | | | | 7. Temporizador entre 1 - 99 min como minimo |
| | | | | | | | 8. Bloqueo y cierre de la tapa |
| | | | | | | | 9. Cámara de centrifuga de acero inoxidable |
| | | | | | | | 10. Requerimiento eléctrico 110-115V (+/-10%)/ 60 Hz. |
| 31 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Microcentrifuga | 1 | 1. Capacidad de 24 capilares |
| | | | | | | | 2. Velocidad maxima 13000 rpm |
| | | | | | | | 3. RCF Maximo 16060 g |
| | | | | | | | 4. Temporizador entre 1 - 99 min como minimo |
| | | | | | | | 5. con seguridad en la tapa |
| | | | | | | | 6. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz. |
| 32 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Agitador de mazzini | 1 | 1. Tipo de movimiento orbiltal |
| | | | | | | | 2. Tamaño de órbita 10mm a 20 mm |
| | | | | | | | 3. Regulación de vel.: 50 o menor - 250 rpm o mayor |
| | | | | | | | 4. Pantalla digital |
| | | | | | | | 5. Temporizador: de 1 min a 999 min |
| | | | | | | | 6. Carga máx.: 2,5 kg minimo |
| | | | | | | | 7. Plataforma con goma antideslizante o PP4 |
| | | | | | | | 8. Corriente electrica 100-240V |
| 33 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Micropipeta 5-50 uL | 1 | 1. Volumen variable 5-25-50 ul |
| | | | | | | | 2. Incremento o division de 0,5 µll o menor |
| | | | | | | | 3. Código de colores para facilitar la selección de la punta |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 4. Buena resistencia química y a la luz UV |
| | | | | | | | 5. Indicación o visualizacion de volumen de 4 dígitos |
| | | | | | | | 6. Autoclavable |
| 34 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Micropipeta 10-100uL | 1 | 1. Volumen variable 10-50-100 ul |
| | | | | | | | 2. Incremento µl de 0.1 |
| | | | | | | | 3. Código de colores para facilitar la selección de la punta |
| | | | | | | | 4. Buena resistencia química y a la luz UV |
| | | | | | | | 5. Indicación o visualizacion de volumen de 4 dígitos |
| | | | | | | | 6. Autoclavable |
| 35 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Micropipeta 100-1000 uL | 1 | 1. Volumen variable 100-500-1000 ul |
| | | | | | | | 2. Incremento de 1 ul |
| | | | | | | | 3. Código de colores para facilitar la selección de la punta |
| | | | | | | | 4. Buena resistencia química y a la luz UV |
| | | | | | | | 5. Indicación o visualizacion de volumen de 4 dígitos |
| | | | | | | | 6. Autoclavable |
| 36 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Microscopio binocular | **1** | 1. Tipo Microscopio óptico binocular |
| | | | | | | | 2. Cabezal: Inclinación 30° o 45°, rotación 360°, ajuste interpupilar |
| | | | | | | | 3. Oculares: WF 10x, campo de visión ≥18 mm, tipo DIN o compatible |
| | | | | | | | 4. Objetivos: 4x, 10x, 40x , 100x (inmersión) |
| | | | | | | | 5. Revólver Cuádruple o quíntuple, |
| | | | | | | | 6. Enfoque: Macrométrico y micrométrico coaxial, con tope y ajuste de tensión |
| | | | | | | | 7. Iluminación: LED |
| | | | | | | | 8. Condensador: Abbe NA 1.25, centrable, con diafragma y portafiltros o ranura |
| | | | | | | | 9. Platina: Doble capa o circular, ≥140×135 mm, recorrido ≥70×40 mm |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 10. Alimentación 110–240 V AC, 50/60 Hz |
| | | | | | | | 11. Óptica con tratamiento antifúngico |
| 37 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Baño serologico | 1 | 1. Fabricado en acero estructural o inoxidable |
| | | | | | | | 2. Capacidad del tanque entre 8 y 12 Lt. |
| | | | | | | | 3. Rango de temperatura de 10ºC o ambiente a 99ºC o mayor |
| | | | | | | | 4. Con visualización o indicador de la temperatura. |
| | | | | | | | 5. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz. |
| | | | | | | | 6. Que incluye minimo 1 gradilla |
| 38 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Horno de secado de material | 1 | 1. Entre 50 a 57 litros |
| | | | | | | | 2. con un Rango de temperatura 20°C o menor, a 200°C o mayor |
| | | | | | | | 3. Con ventilación natural |
| | | | | | | | 4. Control de micropocesador |
| | | | | | | | 5. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz. |
| | | | | | | | 6. Que incluya minimo 1 bandeja |
| | | | | | | | 7. Material del Interior fabricado en ecero inoxidable |
| 39 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Refrigerador para laboratorio | 1 | 1. Tipo de equipo: Refrigerador vertical para uso clínico |
| | | | | | | | 2. Rango de temperatura 2 o menor a 8 °C o mayor |
| | | | | | | | 3. Sistema de refrigeración: Aire forzado o distribución homogénea |
| | | | | | | | 4. Controlador: Microprocesador |
| | | | | | | | 5. Sistema de alarma: Audible/visual: temp, puerta, error, energía |
| | | | | | | | 6. Fuente de energía. 110–240 V AC, 50/60 Hz |
| | | | | | | | 7. Iluminación interna: LED |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 8. Capacidad útil entre 290 y 320 litros |
| | | | | | | | 9. Estantería ≥3 bandejas |
| | | | | | | | 10. Puerta: de vidrio |
| 40 | IMAGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES | SALA DE RAYOS X FIJO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Equipo de rayos x fijo | 1 | **1. GENERADOR** |
| | | | | | | | 1.1 Potencia nominal entre 40 y 50 kW. |
| | | | | | | | 1.2 Rango de KV: 40 o menos hasta 125 o más. |
| | | | | | | | 1.3. Rango mA: 10 o menor 500 o mayor |
| | | | | | | | 1.4 Rango mAs: 0.5 o menor — 400 o mayor |
| | | | | | | | 1.5 Rango de Tiempo: 2 milisegundo o menor - 2 segundos o mayor |
| | | | | | | | 1.6 Panel de control digital, que despliegue: kV, mA y seg o mAs |
| | | | | | | | 1.7 Programas anatómicos o radiografías programadas o APR: 80 ó mayor |
| | | | | | | | 1.8. Potencia de Entrada: 230-480 VAC (± 5%) |
| | | | | | | | **2. TUBO DE RAYOS X** |
| | | | | | | | 2.1. Capacidad de almacenamiento térmico del ánodo de 140 KHU o superior. |
| | | | | | | | 2.2 . Filamento de foco: Fino 0.6 mm o menor; Grueso 1.5 mm o menor. |
| | | | | | | | 2.3 Ánodo Rotatorio |
| | | | | | | | **3. SOPORTE / ESTATIVO DE PARED O BUCKY DE PARED** |
| | | | | | | | 3.1.- Que el movimiento vertical sea de mínimo 150cm o mayor |
| | | | | | | | 3.2 Altura de la columna: 1770 mm o mayor. |
| | | | | | | | 3.3. Sistema de frenos y de contrapeso integral |
| | | | | | | | 3.4 Bandeja de cassette compatible con tamaños de 8”x10” (18cm x 24cm) hasta 14” x 17” (35cm x 43cm) o mayor |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 3.5 Foco 180cm o menor |
| | | | | | | | **4. COLIMADOR** |
| | | | | | | | 4.1 Con colimador manual o automático |
| | | | | | | | 4.2 Montaje giratorio |
| | | | | | | | 4.3 Luz del colimador: Lámpara LED |
| | | | | | | | **5. MESA FLOTANTE** |
| | | | | | | | 5.1 Mesa capacidad de carga de 200 Kg o superior. |
| | | | | | | | 5.2 Dimensiones tablero (largo x ancho): 200cm o mayor x 75 cm o mayor |
| | | | | | | | 5.3 Rango desplazamiento longitudinal: +/- 39 cm o mayor |
| | | | | | | | 5.4 Rango desplazamiento transversal +/- 11.3 cm o mayor |
| | | | | | | | 5.5 Sistema de frenos |
| | | | | | | | **8. SISTEMA DE POST-PROCESAMIENTO** |
| | | | | | | | 8.1 Monitor LCD de alta definición mínimo 19" con resolución de 280 × 1024 o mayor |
| | | | | | | | 8.2 Capacidad de almacenamiento mínimo de 5000 imágenes o 120 Gb o mayor. |
| | | | | | | | 8.3 DICOM print, DICOM storage y DICOM send y export, DICOM worklist, capacidad de incorporarce al SISTEMA PACS/RIS con que cuenta el Hospital. |
| | | | | | | | 8.4 UPS que le brinde 15 minutos de autonomía eléctrica |
| | | | | | | | 8.5 Con unidad de grabación CD-R o DVD. |
| | | | | | | | **9. DOS DETECTORES DIGITAL** |
| | | | | | | | 9.1. Uno para la mesa y otro para bucky de pared, se aceptan la configuración que los dos sean alámbricos |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 9.2. Adquisición o profundidad de imagen de 12 bits o mayor o conversión analógica- Digital de 14 bits o mayor. |
| | | | | | | | 9.3. Matriz de 2000 x 2000 pixeles ó mayor. |
| | | | | | | | 9.4. Tipo Panel Plano: De selenio amorfo (a-Se) o silicio o silicón amorfo (a-Si) o ioduro de cesio. |
| | | | | | | | 9.5. Material centellador: Oxisulfuro de gadolinio (GOS) o yoduro de cesio (CsI) o HSS (High Stability Scintillator). |
| | | | | | | | 9.6. Tamaño de 35 cm. x 43 cm. (14" x 17") o 40 cm. o mayor x 40 o mayor cm. (15.7" o mayor x 15.7" o mayor) dependiendo de la configuración del oferente. |
| | | | | | | | 9.7. Tamaño del pixel de 200 micrones o menor. |
| 41 | IMAGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES | SALA DE RAYOS X FIJO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Equipo de Rayos X Periapical con Radiovisiografo | 1 | 1. Montaje: En pared o mural |
| | | | | | | | 2. Voltaje del tubo: entre 60 kV y 70 kV +/-5kV |
| | | | | | | | 3. Corriente de salida del tubo hasta 7mA +/- 1mA |
| | | | | | | | 4. Punto focal del tubo: de 0,7 mm +/- 1 IEC |
| | | | | | | | 5. Distancia Focal: hasta 200mm +/- 40mm (20,32cm +/- 0,4cm) |
| | | | | | | | 6. Selector de Kv o tiempo de exposicion |
| | | | | | | | 7. Selector para para tipo de paciente (niño / adulto (estándar) / adulto (grande) |
| | | | | | | | 8. Selector tipo de diente |
| | | | | | | | 9. Voltaje de alimentación: 110 a 120 V 50 Hz/60 Hz |
| | | | | | | | 10. Radiovisiografo (Sistema de adquisición de imágenes): |
| | | | | | | | 10.1 Tecnología: CMOS Centellador o mejor |
| | | | | | | | 10.2 Mínimo 1 detector adulto o intermedio |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 10.3. Resolución real: entre 20 y 27 pl/mm |
| | | | | | | | 10.4 Con Software incluido |
| 42 | imágenes Diagnosticas no ionizantes | Sala de ecografia | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Ecografo basico | 1 | **1. Caracteristicas Generales** |
| | | | | | | | 1.1 Pantalla mínimo de 15", LED o tecnología superior con resolución de 1024X768 o mayor |
| | | | | | | | 1.2 Mínimo un (1) puerto activo para transductor |
| | | | | | | | 1.3 Disco duro de almacenamiento integrado mínimo 128 GB en estado sólido SSD o mecanico |
| | | | | | | | 1.4 Teclado táctil o físico |
| | | | | | | | 1.5 Minimo 2 puertos USB, puerto conexión de impresora |
| | | | | | | | 1.6 Software en idioma español |
| | | | | | | | 1.7 Con conexión a red ethernet o WIFI incorporada |
| | | | | | | | 1.8 Protocolo de conectividad DICOM 3.0 o basico con las licencias mínimas de Print, Storage y Modality Work list |
| | | | | | | | **2. Modos de Operación Mínimos** |
| | | | | | | | 2.1 Modo B |
| | | | | | | | 2.2 Modo M |
| | | | | | | | 2.3 Modo Doppler (CFM) |
| | | | | | | | 2.4 Color M |
| | | | | | | | **3. Software** |
| | | | | | | | 3.1 Paquetes de Programas de cálculos y medidas mínimos: Abdominal, Obstétrico, ginecológico, urología, vascular |
| | | | | | | | 3.2 Archivo, registro e informe de imágenes en formato JPG. |
| | | | | | | | **4. Aplicaciones mínimas** |
| | | | | | | | 4.1 Abdomen |
| | | | | | | | 4.2 Obstetricia |
| | | | | | | | 4.3 Ginecología |
| | | | | | | | 4.4. Pequeñas Partes |
| | | | | | | | 4.5 Urología |
| | | | | | | | 4.6 Pediatria |
| | | | | | | | 4.7 Vascular |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 4.8 Músculo Esquelético |
| | | | | | | | **5. Alimentación Eléctrica** |
| | | | | | | | 5.1 Requerimiento de energía de 110V (+/-10%)/60 Hz |
| | | | | | | | 5.2 Batería con duración mínima de 50 minutos en escaneo continuo |
| | | | | | | | **6. Accesorios** |
| | | | | | | | 6.1 Transductor convexo multifrecuencia de mínimo 2MHz o inferior a 5 MHz o superior |
| | | | | | | | 6.2 Transductor endocavitario de 5MHz o inferior a 9MHz o superior |
| | | | | | | | 6.3 Transductor lineal de 5MHz o inferior a 12 MHz o superior, de mínimo 128 elementos. |
| | | | | | | | 6.4 Videoimpresora termica |
| | | | | | | | 6.5 Quemador CD/DVD |
| | | | | | | | 6.6 Maletin de Transporte |
| | | | | | | | 6.7 Carro de transporte |
| 43 | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Electrocardiógrafo | 1 | 1. Pantalla LCD o TFT de mínimo 7” |
| | | | | | | | 2. Con capacidad de adquirir en forma simultánea 12 derivaciones |
| | | | | | | | 3. Frecuencia de muestreo mínima de 1000 muestras (o 1kHz) por segundo. o su equivalente |
| | | | | | | | 4. Bateria recargable de litio con un Tiempo de funcionamiento: ≥6h aproximadamente |
| | | | | | | | 5. Filtro de AC o Filtro de CA 50/60 Hz |
| | | | | | | | 6. Filtro pasa bajo o : 20 Hz, 35 Hz, 150 Hz como minimo |
| | | | | | | | 7. Protección contra descargas de desfibrilador. |
| | | | | | | | 8. Detección de marcapasos |
| | | | | | | | 9. Visualización e impresión simultánea de al menos tres derivaciones |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 10. Velocidad de impresión o del registrador minimo 5, 25, 50 mm/seg |
| | | | | | | | 11. Sensibilidad de al menos 5, 10 y 20 mm /mV |
| | | | | | | | 12. Impresora incluida |
| | | | | | | | 13. Medicion e interpretacion del ECG |
| | | | | | | | 14. Teclado para ingresar datos de paciente |
| | | | | | | | 15. Almacenamiento interno de 500 estudios como mínimo |
| | | | | | | | 16. Con transmisión de los estudios para su almacenamiento en un sistema de información computarizado por usb, red lan, wifi, entre otros |
| | | | | | | | 17. Alarma o mensaje desconexión de Electrodo |
| | | | | | | | 18. Alimentación eléctrica: AC: 100V-240V, 50Hz / 60Hz, |
| | | | | | | | 19. Debe incluir Cable para EKG s, Juego de electrodos precordiales x6 (chupas), y juego de electrodos para extremidades x4 (clamps tipo pinza) Con carro de transporte |
| 44 | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO/PEDIATRIA | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Bomba de infusión | 3 | 1. Equipo que maneje las variables de infusión: modo tiempo, modo tasa, modo peso corporal. |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 2. Alarmas por: oclusión, infusión finalizada, bateria baja, aire en la línea. |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 3. Con KVO o MVA de 0.1 a 5 ml/h. |
| | | | | | | | 4. Rango de volumen a infundir de 1 o menor hasta 9.999 ml o superior. |
| | | | | | | | 5. Bateria con autonomía mínimo de 2 horas |
| | | | | | | | 6. Ajuste de flujo que cubra un rango de 1ml/h o menor a 1200 ml/h o superior. |
| | | | | | | | 7. Requerimiento eléctrico 110V(+/-10%)/60 Hz. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 8. Resolución mínima de 0.1 ml/h. o ±5% |
| | | | | | | | 9. Función de purga. |
| | | | | | | | 10. Bloqueo del teclado o pantalla. |
| | | | | | | | 11. Pantalla LCD o TFT. |
| | | | | | | | 12. De un canal. |
| | | | | | | | 13. Compatible con múltiples set de infusión. |
| | | | | | | | 14. Biblioteca de drogas |
| | | | | | | | 15. Que incluya atril porta equipo |
| 45 | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO/PEDIATRIA | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Monitor de signos vitales basico | 4 | 1. Pantalla TFT ó LCD entre 10" y 12" o tecnologia superior |
| | URGENCIAS | TRIAGE | | 1 | | | 2.- Con capacidad para conectarse a red de monitoreo. |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | | 1 | | | 3.- Protección contra descarga de desfibrilador |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 4.- Detección de marcapasos |
| | | | | | | | 5. ECG de 3-5 derivaciones. |
| | | | | | | | 6. Que registe los siguientes Paramentros como minimo: |
| | | | | | | | 6.1 Frecuencia cardiaca Adulto/Pediátrico15 o menor - 300ppm y Neonatal 15 o menor -300 ppm o mayor |
| | | | | | | | 6,2 Frecuencia respiratoria Adulto 0-120rpm y Pediátrico/Neonatal 0-150rpm. o Adulto Pediátrico/Neonatal 0 a 200 rpm |
| | | | | | | | 6,3 Saturación de oxígeno: Adulto/Pediátrico/Neonatal 0-100%. |
| | | | | | | | 6.4 Presión no invasiva: "Rango de sistólica : Adultos: 25 a 290 mmHg, Pediátrico: 25 a 240 mmHg Neonatal: 25 a 140 mmHg Rango de diastólica . Adultos: 10 a 250 mmHg, Pediátrico: 10 a 220 mmHg. Neonatal: 10 a 115 mmHg |
| | | | | | | | 6,5 Temperatura Adulto/Pediátrico/Neonatal 0-50ºC. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 7. Opción para tomar la presión de manera manual y automatico |
| | | | | | | | 8. Que renga alarmas audibles y visibles |
| | | | | | | | 9. Con batería interna recargable con duración de al menos una hora |
| | | | | | | | 10. Detección de arritmias básicas que cumpla con al menos dos de las siguientes: taquicardia ventricular, asistolia y fibrilación ventricular. |
| | | | | | | | 11. Voltaje de alimentacion: 110V, 60 Hz. ±10%. |
| | | | | | | | 12. Accesorios: |
| | | | | | | | 12,1 Un sensor tipo dedal reusables para oximetría de pulso adulto/pediatrico |
| | | | | | | | 12,2 Un sensor reusable de temperatura (de piel o superficie). |
| | | | | | | | 12,3. Brazalete reusable para medición de la presión no invasiva, uno adulto, |
| | | | | | | | 12,4.Brazalete reusable para medición de la presión no invasiva, uno pediátrico |
| | | | | | | | 12.5. Cable para ECG de al menos 3 derivaciones |
| | | | | | | | 12.6. soporte rodable o carro porta equipo |
| 46 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Silla de ruedas | **2** | 1. Estructura en tuberìa fabricada en acero |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 2. Tapicería en naylon o pvc o cordoban |
| | | | | | | | 3. Soporte de capacidad de peso mínimo de 120Kg. |
| | | | | | | | 4. Apoya braozs que sean abatibles |
| | | | | | | | 5. Apoya pies desmontables o abatibles |
| 47 | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Equipo de órganos de los sentidos de bolsillo | **1** | 1. Equipo con Iluminación LED |
| | | | | | | | 1.1 Vida útil del LED de 20,000 horas |
| | | | | | | | 2. Otoscopio con fibra óptica LED |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 2.1 Lente con capacidad de aumentos |
| | | | | | | | 2.2.- Con 4 espéculos reusables en diferentes tamaños como mínimo. |
| | | | | | | | 3. Oftalmoscopio iluminación LED |
| | | | | | | | 3.1 Con al menos 5 puntos de aperturas |
| | | | | | | | 3.2 Con 18 lentes minimo dentro del rango de -20 a +20. o mas |
| | | | | | | | 4. Batería: Alcalina Tipo C, tipo D o tipo AA. |
| | | | | | | | 5. Estuche de almacenamiento |
| 48 | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO AISLADO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Camilla rodante con freno y con barandas | 7 | 1. Estructura fabricada en acero de alta resistencia. |
| | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO | | 6 | | | 2. Superficie o tendido de dos secciones |
| | | | | | | | 3. Ajustes de Movimiento mecánico/hidarulico/Neumatico o combinados |
| | | | | | | | 4. Barandas laterales de seguridad abatibles |
| | | | | | | | 5. Con ajuste de altura 60 cm o menos y altura entre 70 y 90 cm |
| | | | | | | | 6. Que permita las posiciones de Trendelenburg y Trendelenburg inverso de 12° como mínimo |
| | | | | | | | 7. Con sistema de frenado centralizado para las cuatro ruedas. |
| | | | | | | | 8. Capacidad de carga de trabajo de minimo 220 kg |
| | | | | | | | 9. Soporte o banadeja para cilindro de oxigeno |
| | | | | | | | 10. Asa de empuje ergonomico |
| | | | | | | | 11- parachoques en las esquinas. |
| | | | | | | | 12-. Con colchoneta en polímero de alta densidad con un espesor mínimo de 5 cm |
| | | | | | | | 13-. Que incluya atril porta suero |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 14. Acabado: Acabado en pintura electrostática o pintura en polvo epoxi de aplicación electrostática |
| 49 | URGENCIAS | OBSERVACION PEDIATRICA | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Cama Cuna pediatrica | 4 | 1.- Fabricada en acero de alta resistencia y Acabado en pintura electrostática |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION GENERAL PEDIATRICA | | 3 | | | 2.- Barandas laterales de seguridad . |
| | | | | | | | 3.- De mínimo 4 planos |
| | | | | | | | 4.- Tablero en acrilico |
| | | | | | | | 5.- Que permita las posiciones minimas. Flexion Espaldar, pies y cambio de altura |
| | | | | | | | 6.- Dimensiones mínimas utiles largo 149 cm ± 1 cm Ancho. 70 cm ± 1cm |
| | | | | | | | 7.- Sistema de frenado minimo en dos ruedas. |
| | | | | | | | 8.- Soporte de peso mínimo de 120 Kg. |
| | | | | | | | 9. Que incluya Con colchón o colchoneta, y atril porta suero |
| | | | | | | | 10.- Alimentación electrica 110-220V ±10% - 50/60 Hz. |
| 50 | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Carro de paro | 2 | 1. Estructura fabricada en ABS |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO/ PEDIATRIA | | 1 | | | 2. Soporte para desfibrilador |
| | | | | | | | 3. Con atril porta suero |
| | | | | | | | 4. Sistema para soporte de tanque de oxigeno |
| | | | | | | | 5. Tabla de reanimacion |
| | | | | | | | 6. Recipiente para desechos |
| | | | | | | | 7. Fuente de poder externa y de conexiones |
| | | | | | | | 8. Cajones para medicamentos minimo 5 |
| | | | | | | | 9. Sistema de seguridad para los cajones |
| | | | | | | | 10. Ruedas con sistema de frenado. |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| 51 | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Desfibrilador | **2** | 1. Tipo de equipo: que intengre funciones de desfibrilador externo automático (DEA) y manual y desfibrilación manual y marcapaso, |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 2. Desfibrilzacion o cardioversión sincronizada |
| | | | | | | | 3. Forma de onda: Bifásica truncada exponencial |
| | | | | | | | 4. Energía de descarga 150 o menor a 360 J ajustable y configurable para adulto y pediatrico |
| | | | | | | | 5. Tiempo de carga Menor o igual a 10 segundos |
| | | | | | | | 6. Pantalla: LCD o LED o TFT entre 7 y 8 pulgadas |
| | | | | | | | 7. Que permita la monitorización adulto y pediatrico de FC, RESP, SPO2, NIBP |
| | | | | | | | 8. ECG de 3 0 5 derivaciones, con Visualización de frecuencia cardiaca adulto y pediatrica |
| | | | | | | | 9. que incluya almacenamiento de datos: datos de minimo 100 pacientes |
| | | | | | | | 10. indicadores de alarma |
| | | | | | | | 11. Tiempo de encendido ≤ 20 segundos |
| | | | | | | | 12. Alimentación eléctrica: 100–240 V AC. 50/60 Hz (±3 Hz) |
| | | | | | | | 13. Duración de batería ≥100 descargas (200 J) o ≥ 2 horas |
| | | | | | | | 14. Accesorios minimos: Palas Externas Adulto Pediátrico, Cable ECG para 3 derivaciones minimo, Sensor Spo2, Brazalete adulto y pediatrico |
| 52 | URGENCIAS | REANIMACION. | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Laringoscopio con hojas para adulto/Pediatrico | 2 | 1. Iluminación por fibra óptica con lampara de halogena o Xenon o Led |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO | | 1 | | | 2. Mango para baterias tipo C |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 3. Hojas hechas en acero inoxidable |
| | | | | | | | 4. Hoja Macintosh No 1,2,3 y 4 |
| | | | | | | | 5. Hoja Miller No No 1,2,3 y 4 |
| | | | | | | | 6. Estuche de almacenamiento |
| 53 | SALA PARTO | TODO EL SERVICIO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Laringoscopio con hojas para adulto/neonatal | 1 | 1. Iluminación por fibra óptica |
| | | | | | | | 2. Mango para baterias tipo C |
| | | | | | | | 3. Hojas hechas en acero inoxidable |
| | | | | | | | 4. Hoja Macintosh No 0, 1,3 y 4 |
| | | | | | | | 5. Hoja Miller No No 00, 0, 3 y 4 |
| | | | | | | | 6. Estuche de almacenamiento |
| 54 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Aspirador de secresiones | **2** | 1. Recipiente de 800 ml a 1000 ml. |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | | 1 | | | 2. Filtro hidrofóbico. |
| | | | | | | | 3. Requerimiento eléctrico 110V (+/-10%)/ 60Hz |
| | | | | | | | 4. Ciclo de funcionamiento minimo de 30 minutos |
| | | | | | | | 5. Presión de succión maxima 500 mmHg. |
| | | | | | | | 6. Portatil de sobremesa o de facil transporte |
| | | | | | | | 7. Nivel de ruido máximo 65 dBA. |
| | | | | | | | 8. Flujo de aire entre 15 l/min y |
| 55 | URGENCIAS | REANIMACION | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Lámpara portátil o pielítica para procedimiento menores | **1** | 1.Equipo rodable con frenos en las ruedas |
| | | | | | | | 2. Brazo que sostiene la lámpara con un giro 180° o que permita ubicar en posicion deseada por el operador |
| | | | | | | | 3. Fuente de luz LED |
| | | | | | | | 4. Vida útil de 50,000 horas como mínimo. |
| | | | | | | | 5. Rango intensidad luminosa maxima 70.000 y 80.000Lux. A 1m |
| | | | | | | | 6. Rango de temperatura de color de 4000-5000°K |
| | | | | | | | 7. Índice de rendimiento de color de 90% como mínimo |
| | | | | | | | 8. Diámetro de iluminación de 15 cm como mínimo |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 9. Profundidad de iluminación de 50 cm como mínimo a 1 metro de distancia de la fuente |
| | | | | | | | 10. Que permita ajustar la intensidad de la luz |
| | | | | | | | 11. Batería recargable, que asegure funcionamiento continuo, por lo menos de 2 horas, |
| | | | | | | | 12. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz |
| 56 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Lámpara quirúrgica portátil o pielítica para procedimiento mayores | 1 | 1.Equipo rodable con frenos en las ruedas |
| | | | | | | | 2. Brazo que sostiene la lámpara con un giro 360° o que permita ubicar en posicion deseada por el operador |
| | | | | | | | 3. Fuente de luz LED |
| | | | | | | | 4. Vida útil de 50,000 horas como mínimo. |
| | | | | | | | 5. Rango intensidad luminosa maxima entre 120.000 y 130.000Lux. A 1m |
| | | | | | | | 6. Rango de temperatura de color de 4000-5000°K |
| | | | | | | | 7. Índice de rendimiento de color de 90% como mínimo |
| | | | | | | | 8. Diámetro de iluminación de 20 cm como mínimo |
| | | | | | | | 9. Profundidad de iluminación de 100cm como mínimo |
| | | | | | | | 10. Que permita ajustar la intensidad de la luz |
| | | | | | | | 11. Batería recargable, que asegure funcionamiento continuo, por lo menos de 4 horas, |
| | | | | | | | 12. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz |
| 57 | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Lámpara de calor radiante | **1** | 1. Equipo rodable con sistema de frenado en la menor dos ruedas |
| | | | | | | | 2. Controlada por microprocesador o microcontrolador |
| | | | | | | | 3. Modo de operación servo-controlado |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 4. Tipos de modo de control: modo de precalentamiento, modo manual y Modo bebé o piel |
| | | | | | | | 5. Con posibilidad de inclinación |
| | | | | | | | 6. Rango de control de temperatura del modo bebé o pieñ 34° o menor a 38° |
| | | | | | | | 7. precisión del sensor de temperatura de la piel: ±0.3°C o menor |
| | | | | | | | 8. Con luz de examinación tipo LED. |
| | | | | | | | 9. Con Visualización independiente: temp. ajustada y temp. de bebé. |
| | | | | | | | 10. Alarmas audibles y visuales para indicar como minimo |
| | | | | | | | 10.1 Alarma de temperatura |
| | | | | | | | 10.2 Alarama de fallo del sensor |
| | | | | | | | 10.3 Alarma de fallo de alimentación |
| | | | | | | | 11. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz. |
| | | | | | | | 12 Qu incluya los siguientes accesorios como minimo: Atril Porta sueros, sensor de temperatura de la piel, colchoneta, bandeja por monitor |
| 58 | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Incubadora de transporte | 1 | 1.- Modos de control: modo aire y piel controlados por micro-ordenador microprocesador o microcontrolador |
| | | | | | | | 2. Capacete transparente Doble pared |
| | | | | | | | 3. Con ajuste de inclinación |
| | | | | | | | 4. Filtro de aire |
| | | | | | | | 5. Nivel de ruido en el interior del capacete menor o igual a 50 dBA |
| | | | | | | | 6. Rango de temperatura del aire 20.0 – 39.0 ° C |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 7. Rango de temperatura de piel 34,0 – 38.0 ° C |
| | | | | | | | 8. Precisión - Control Aire / piel +/- 0.2 ° C |
| | | | | | | | 9. Visualizacion de paramentros |
| | | | | | | | 10. Alarmas como minimo para: |
| | | | | | | | 10.1 Alarma de falla de energía |
| | | | | | | | 10.2 Alarma de falla del sensor |
| | | | | | | | 10.3 Alarma sobrecalentamiento |
| | | | | | | | 10.4 Alarma de Desviación de temperatura |
| | | | | | | | 11. Bateria recargable con duracion minimo de 4 horas |
| | | | | | | | 12. Corriente Alterna: AC 127V – 3A / 220V – 2A, (+/- 10%), 50/60Hz 180W DC |
| | | | | | | | 13. Corriente continua: 12VDC – 10A |
| | | | | | | | 14. Que incluya los siguientes accesorios: |
| | | | | | | | 14.1 Carro con freno de altura ajustable |
| | | | | | | | 14.2 Cilindro de oxigeno. |
| | | | | | | | 14.3 Sensor de piel reutilizable |
| | | | | | | | 14.4 Atril porta suero |
| 59 | ATENCIÓN DEL PARTO | TRABAJO DE PARTO | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 2 | Cama hospitalaria con colchon | 11 | 1. Cama hospitalaria con funcionamiento electrico |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | RECUPERACION | | 2 | | | 2. Fabricada en acero de alta resistencia o aleación equivalente. |
| | | | | | | | 3. Acabado con pintura electrostática o recubrimiento antibacteriano. |
| | | | | | | | 4. Superficie: Compuesto por cuatro (4) planos, uno (1) fijo y tres (3) móviles, fabricados en polímero de alta resistencia. |
| | | | | | | | 5. Cabecero y piecero desmotable fabricados en polímero de alta resistencia. |
| | | | | | | | 6. Con ruedas parachoques |
| | | | | | | | 7. Receptáculos para Atril Porta Suero en las 4 esquinas de la cama |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 8. Capacidad de peso ≥ 180 kg (peso seguro del paciente). |
| | | | | | | | 9. Dimensiones internas : Largo 1,98. +- 2 cm · Ancho 90 cm · Altura variable. |
| | | | | | | | 10. Ajuste de altura Eléctrico · 40cm ± 5cm. a 80 cm. ± 5cm |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION GENERAL ADULTO | | 6 | | | 11. Elevación del espaldar 0° a 65°–82°. |
| | | | | | | | 12. Elevación de piernas 0° a 32°–46°. |
| | | | | | | | 13. Trendelenburg ≥ 12°., Antitrendelenburg ≥ 12°. |
| | | | | | | | 14. Control integrado en baranda |
| | | | | | | | 15. Con Botón CPR eléctrico |
| | | | | | | | 16. Botón para bloqueo de funciones |
| | | | | | | | 17.Luz de penumbra |
| | | | | | | | 18. Barandas laterales: abataible de doble seccion o que cubra el 90% de la superficie de la cama |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION GENERAL ADULTO AISLADO | | 1 | | | 19. Sistema de freno centralizado en 4 ruedas. |
| | | | | | | | 20. Colchón hospitalario, impermeable, resistente a bacteria y homgos |
| | | | | | | | 21. Actuadores conc protección IPX4 |
| | | | | | | | 22. Alimentación electrica 110–240 V AC, 50–60 Hz. |
| | | | | | | | 23. Batería de respaldo en caso de fallo eléctrico. |
| | | | | | | | 24. Que incluya atril porta suero |
| 60 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Cama de parto | 1 | 1. Estructura fabricada en lámina y tubería estructural de acero cold rolled de alta resistencia. |
| | | | | | | | 2. con pintura de aplicación electrostática o Recubrimiento epóxico |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 3. Tendido (Superficie). Compuesto por tres (3) planos, uno (1) fijo y dos (2) móviles fabricadas en acero inoxidable o ABS |
| | | | | | | | 4. Barandas de Seguridad Abatibles |
| | | | | | | | 5. Tableros de cabecero y piecero desmontables elaborados en polímero de alta resistencia, |
| | | | | | | | 6. Movimientos minimos: Flexión espalda Flexión, Trendelenburg, cambio de altura y posicion de parto. |
| | | | | | | | 7. Movimientos realizados por control eléctrico en baranda. |
| | | | | | | | 8. Capacidad de carga segura de 180 kg mayor |
| | | | | | | | 9. Sistema de ruedas y bloqueo central |
| | | | | | | | 10. Que cuente con bateria de respadlo |
| | | | | | | | 11. Con parachoques en las esquinas |
| | | | | | | | 12. Dimensiones internas (ancho x largo ) 90cm x 190cm ± 1cm |
| | | | | | | | 13. Que Atril Porta Suero |
| | | | | | | | 14. Que incluya Bandeja Recolectora de Residuos |
| | | | | | | | 15. Que incluya Apoya Pies o corveras |
| | | | | | | | 16. Que incluya Agarraderas de soporte o asideras |
| | | | | | | | 17. Que incluya colchón clinico hipoalergénico e ignífugo |
| | | | | | | | 18. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz y |
| 61 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE MONITORIA FETAL | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Monitor fetal | 1 | 1. Con Capacidad de monitorización gemelar |
| | | | | | | | 2. Pantalla LCD de 10 pulgadas minimo |
| | | | | | | | 3. Múltiples modos de pantalla: ondas, numéricas y mixta |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 4. Rango de medición de TOCO 0% a 100% |
| | | | | | | | 5. Intervalo de medición de la FHR: 50 o menor a 240 o mayor |
| | | | | | | | 6. Transductor FHR de alta sensibilidad 1 MHZ |
| | | | | | | | 7. Alarma de FHR |
| | | | | | | | 8. Detección de movimiento fetal manual o automático |
| | | | | | | | 9. Batería recargable de 4 Horas de trabajo continuo |
| | | | | | | | 10. Impresora |
| | | | | | | | 11. Alimentación 110-120V ±10% - 50/60 Hz y |
| | | | | | | | 12. Que incluya carro porta equipo |
| 62 | APOYO | ESTERILIZACION | NUEVA INFRAESTRUCTURA (SEDE PRINCIPAL) | 1 | Autoclave entre 100 y 120 itros | 1 | 1. Autoclave a vapor |
| | | | | | | | 2. Capacidad de cámara: Entre 100 y 120 litros |
| | | | | | | | 3. Tipo de carga: Carga frontal |
| | | | | | | | 4. Ciclos de esterilización: Mínimo 4 ciclos preprogramados: sólidos, porosos, huecos tipo A, rápido |
| | | | | | | | 5. Presión de trabajo: 1.1 a 2.3 bar (110–230 kPa) |
| | | | | | | | 6. Temperatura de esterilización: 121 o menor °C y 134 a 138 °C maximo |
| | | | | | | | 7. Control de ciclos: Automático con microprocesador y pantalla digital (LCD o táctil) |
| | | | | | | | 8. Pantalla Visualización de temperatura, presión, tiempo, errores y estado del ciclo |
| | | | | | | | 9. Sistema de vacío: Bomba de vacío de anillo líquido o vacío fraccionado |
| | | | | | | | 10. Secado final: Secado por vacío o mediante sistema de inyección de aire filtrado HEPA |
| | | | | | | | 11. Sistema de seguridad: Válvula de sobrepresión, bloqueo automático de puerta, alarmas por fallas |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | SEDE | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS POR LA ESE |
| | | | | | | | 12.Construcción de cámara: Acero inoxidable 304 o mejor, |
| | | | | | | | 13. Número de bandejas: Mínimo 2 bandejas de acero inoxidable removibles |
| | | | | | | | 14. Registro de ciclos: Impresora térmica incorporada o puerto USB/SD para descarga digital de datos |
| | | | | | | | 15. Alimentación eléctrica: 220 -380 V – 50/60 Hz (trifásico o monofásico según modelo), |
| | | | | | TOTAL DE EQUIPOS | **259** | |

Fuente: Alcance No de Radicado 2025423004771912 MSPS Id Control: 1512203, Fechado: 12/15/2025

**Tabla No 2. Listado Dotación Equipos Biomédicos Requeridos Por *E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL***

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| 1 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Camilla para examen | **17** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 1 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | PROCEDIMIENTO MENORES | 2 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| 2 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Tensiómetro adulto de pared | **15** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 1 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| 3 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 2 | Tensiómetro de bolsillo pediatrico | **5** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 1 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 1 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 0 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 1 | | |
| 4 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Fonendoscopio Adulto | **18** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO | 1 | | |
| | URGENCIAS | REANIMACION | 1 | | |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO | 1 | | |
| 5 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 2 | Fonendoscopio pediatrico | **10** |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 2 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 1 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 1 | | |
| | URGENCIAS | OBSERVACION PEDIATRIA | 1 | | |
| | URGENCIAS | REANIMACION | 1 | | |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | 1 | | |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | 1 | | |
| 6 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Equipo de órganos de los sentidos de pared | **14** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| 7 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Báscula de piso para adulto grado medico | **15** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 1 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| 8 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Báscula pesa bebe grado medico | **16** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 1 | | |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | 1 | | |
| 9 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Tallimetro | **15** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 1 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| 10 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Infantometro | **15** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 1 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| 11 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO RECUPEACION DE LA SALUD | 4 | Lámpara de examen | **17** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | PROCEDIMIENTO MENORES | 2 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 2 | | |
| | TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | AREA DE TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | 1 | | |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| 12 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO MEDICO PYP | 5 | Doppler fetal de bolsillo | **9** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTA ENFERMERÍA | 3 | | |
| | URGENCIAS | CONSULTORIO MEDICO | 1 | | |
| 13 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 1 | 1 | Unidad odontológica fija | **3** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 2 | 1 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA HIGIENES ORAL (PYP) | 1 | | |
| 14 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 1 | 1 | Lámpara de fotocurado | **2** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 2 | 1 | | |
| 15 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 1 | 2 | kit piezas odontologicas | **6** |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA RECUPERACION. 2 | 2 | | |
| | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA HIGIENES ORAL (PYP) | 2 | | |
| 16 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA HIGIENES ORAL (PYP) | 1 | Escaler odontologico | **1** |
| 17 | CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIO ODONTOLOGIA TODO EL SERVICIO | 1 | Autoclave | **1** |
| 18 | TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | AREA DE TOMA MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | 1 | Camilla ginecológica | 1 |
| 18 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | 1 | Ultrasonido terapeutico | 1 |
| 19 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | 1 | Electroestrimulador para terapia | 1 |
| 20 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | 1 | Bicicleta estatica | 1 |
| 21 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | 1 | Caminadora | 1 |
| 22 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | 1 | Tanque hidrocolector paquetes caliente | 1 |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| 23 | FISIOTERAPIA | TODO EL SERVICIO | 1 | Camilla para examen fija de un plano | 3 |
| | TERAPIA RESPIRATORIA. | TERAPIA RESPIRATORIA. | 1 | | |
| | URGENCIAS | SAL DE YESO | 1 | | |
| 24 | TERAPIA RESPIRATORIA. | TERAPIA RESPIRATORIA. | 1 | Nebulizador | 4 |
| | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO/PEDIATRIA | 1 | | |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO | 1 | | |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION PEDIATRICA | 1 | | |
| 25 | FONOAUDIOLOGIA | AUDIOMETRIA | 1 | Audiometro | 1 |
| 26 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Analizador de Bioquímica Clínica | **1** |
| 27 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Analizador de hematología | **1** |
| 28 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Analizador de Coagulacion | **1** |
| 29 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Lector para urianalisis | **1** |
| 30 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Centrífuga 28 tubos | **1** |
| 31 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Microcentrifuga | **1** |
| 32 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Agitador de mazzini | **1** |
| 33 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Micropipeta 5-50 uL | 1 |
| 34 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Micropipeta 10-100uL | 1 |
| 35 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Micropipeta 100-1000 uL | 1 |
| 36 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Microscopio binocular | **1** |
| 37 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Baño serologico | **1** |
| 38 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Horno de secado de material | **1** |
| 39 | LABORATORIO CLINICO | TODO EL SERVICIO | 1 | Refrigerador para laboratorio | **1** |
| 40 | IMAGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES | SALA DE RAYOS X FIJO | 1 | Equipo de rayos x fijo | **1** |
| 41 | IMAGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES | SALA DE RAYOS X FIJO | 1 | Equipo de Rayos X Periapical con Radiovisiografo | **1** |
| 42 | imágenes Diagnosticas no ionizantes | Sala de ecografia | 1 | Ecografo basico | 1 |
| 43 | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | Electrocardiógrafo | **1** |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| 44 | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO/PEDIATRIA | 1 | Bomba de infusión | **3** |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| 45 | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO/PEDIATRIA | 1 | Monitor de signos vitales basico | **4** |
| | URGENCIAS | TRIAGE | 1 | | |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | 1 | | |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| 46 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | 1 | Silla de ruedas | **2** |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| 47 | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | Equipo de órganos de los sentidos de bolsillo | **1** |
| 48 | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO AISLADO | 1 | Camilla rodante con freno y con barandas | **7** |
| | URGENCIAS | OBSERVACION ADULTO | 6 | | |
| 49 | URGENCIAS | OBSERVACION PEDIATRICA | 1 | Cama Cuna pediatrica | **4** |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION GENERAL PEDIATRICA | 3 | | |
| 50 | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | 1 | Carro de paro | **2** |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO/ PEDIATRIA | 1 | | |
| 51 | ATENCIÓN DEL PARTO | TODO EL SERVICIO | 1 | Desfibrilador | **2** |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| 52 | URGENCIAS | REANIMACION. | 1 | Laringoscopio con hojas para adulto/Pediatrico | 2 |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION ADULTO | 1 | | |
| 53 | SALA PARTO | TODO EL SERVICIO | 1 | Laringoscopio con hojas para adulto/neonatal | 1 |
| 54 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | 1 | Aspirador de secresiones | **2** |
| | HOSPITALIZACION | TODO EL SERVICIO | 1 | | |
| 55 | URGENCIAS | REANIMACION | 1 | Lámpara portátil o pielítica para procedimiento menores | **1** |
| 56 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | 1 | Lámpara quirúrgica portátil o pielítica para procedimiento mayores | 1 |
| 57 | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | 1 | Lámpara de calor radiante | **1** |

| ITEM | INFORMACION DE LA ESE Y UBICACIÓN DEL EQUIPO | | | IDENTIFICACION DEL EQUIPO DESEADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIO | AMBIENTE Y/O ÁREA | CANT. PARCIAL | NOMBRE DEL EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO | CANT. TOTAL |
| 58 | ATENCIÓN DEL PARTO | ADAPTACIÓN DEL RECIEN NACIDO | 1 | Incubadora de transporte | 1 |
| 59 | ATENCIÓN DEL PARTO | TRABAJO DE PARTO | 2 | Cama hospitalaria con colchon | 11 |
| | ATENCIÓN DEL PARTO | RECUPERACION | 2 | | |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION GENERAL ADULTO | 6 | | |
| | HOSPITALIZACION | HOSPITALIZACION GENERAL ADULTO AISLADO | 1 | | |
| 60 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE PARTOS | 1 | Cama de parto | 1 |
| 61 | ATENCIÓN DEL PARTO | SALA DE MONITORIA FETAL | 1 | Monitor fetal | 1 |
| 62 | APOYO | ESTERILIZACION | **1** | Autoclave entre 100 y 120 itros | **1** |
| | | | | TOTAL DE EQUIPOS | **259** |

Fuente: Alcance No de Radicado 2025423004771912 MSPS Id Control: 1512203, Fechado: 12/15/2025

De acuerdo con la certificación presentada por el gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, VILLA GARZON, departamento de PUTUMAYO, se constata que la institución **SI** cuenta con la disponibilidad de la infraestructura física y el talento humano, para la operación de la dotación biomédica requerida.

## 5 ANÁLISIS PRESUPUESTAL

Producto de la revisión de los precios unitarios y comparativos reflejados en el cuadro del estudio de mercado presentado por E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, VILLA GARZON, departamento de PUTUMAYO, se verificó que el valor escogido para la determinación del presupuesto del proyecto corresponde al menor valor tasado de las cotizaciones presentadas por los proveedores que participaron en el estudio de mercado realizado.

En ningún momento dichas cotizaciones fueron evaluadas contra precios del mercado, por cuanto la responsabilidad de estas y la coherencia con el mercado es de la entidad territorial quien formuló y presentó el proyecto ante este Ministerio. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, no asume responsabilidad alguna con relación a los precios presentados en el presente proyecto.

De acuerdo con el análisis de la documentación presentada se evidencia que la dotación solicitada por E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, VILLA GARZON, departamento de PUTUMAYO que incluye (259) equipos presentados, que están acordes con los servicios, áreas y/o ambientes que los requieren.

## 6 CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en el Procedimiento interno del MSPS PSSP03 Emisión de concepto técnico de viabilidad a proyectos de inversión orientados al fortalecimiento de la capacidad

instalada asociada a la prestación de servicios de salud, y en razón a la evaluación conjunta al proyecto cuyo objeto es la "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON" por parte de la Subdirección de Infraestructura en Salud y la Subdirección de Prestación de Servicios, conocedor de la importancia que tiene el proyecto para toda la población de la municipalidad de VILLA GARZON, PUTUMAYO, considera el proyecto de inversión Técnicamente "**VIABLE".**

### *6.1 Valor del proyecto viabilizado*

De acuerdo con la documentación presentada y certificada por la y la E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO**,** se considera que la inversión propuesta es suficiente para el cierre financiero y éste es consistente con los costos del proyecto y la fuente de financiación propuesta para la ejecución del mismo; igualmente el proyecto es acorde con relación a los aspectos de prestación de servicios, los técnicos funcionales y al cumplimiento de los aspectos normativos en relación con el sistema único de habilitación.

| | | |
|---|---|---|
| Valor total del proyecto viabilizado Cifras en pesos COL | DOS MIL CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS MCTE ($ 2.102.255.110). MCT | |
| Fuentes de financiación | **Monto** | **Entidad Financiadora** |
| | $ 2.102.255.110 | PGN - MSPS |
| | $ 2.102.255.110,00 | **Total** |

### *6.2 OBSERVACIONES*

- Es de aclarar que la presentación del proyecto "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON y la emisión del presente Concepto Técnico como VIABLE, NO comprometen al Ministerio de Salud y Protección Social con la asignación de recursos.

- Los requisitos analizados frente a la carta de presentación y documento técnico de conveniencia del proyecto allegado dentro del trámite de Radicado. 2025423004771912 del 12/15/2025, Id Control: 1512203, correspondieron a lo establecido en la Resolución 485 de 2025, por lo que la documentación inicialmente radicada cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente.

- Con relación a los procesos de contratación, adquisición y funcionamiento de los equipos a adquirir, se aclara que la competencia es exclusiva de las entidades ejecutoras del proyecto.

- El presente pronunciamiento se realiza únicamente con relación a la pertinencia de la inversión planteada para garantizar la prestación de servicios de salud y no al valor del proyecto cuya definición y validación es responsabilidad de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, VILLA GARZON, departamento de PUTUMAYO entidad que formula y presenta el proyecto.

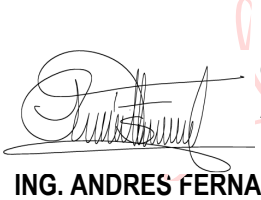
- En caso de que las entidades formuladoras del Proyecto requieran modificar alguna parte del presente concepto debe presentar la debida justificación técnica del mismo para su revisión y concepto por parte de la Subdirección de Prestación de Servicios y la Subdirección de Infraestructura en Salud, anexando la debida justificación y soportes

correspondientes.

- El Grupo de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud de la Subdirección de Prestación de Servicios hace constar que se ha realizado el análisis del presente proyecto en cuanto a los componentes de coherencia y pertinencia con el Programa de Rediseño, Reorganización y Modernización de Redes -PTRRMR vigente para el Departamento de PUTUMAYO. Los demás componentes fueron sujeto de verificación por parte de la Subdirección de Infraestructura.

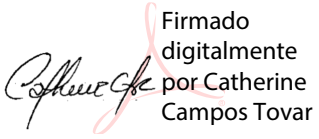
- Es competencia de la Entidad ejecutora realizar los procesos contractuales para la adecuada adquisición de la tecnología biomédica que hace parte del proyecto de inversión aquí considerado técnicamente viable; estos procesos deben realizarse en estricta sujeción de las especificaciones técnicas establecidas en el presente concepto de viabilidad.

**Elaborado por:**



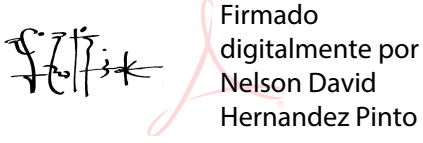

**ING. ANDRES FERNANDO NARANJO MATEUS**
Contratista – Ingeniero Biomédico
Grupo de Análisis y Gestión de la Infraestructura y Dotación en Salud Subdirección de Infraestructura en Salud

***Vo.Bo.***




**ING. CATHERINE CAMPOS TOVAR**
Contratista – Ingeniera Biomédica
Grupo de Análisis y Gestión de la Infraestructura y Dotación en Salud
Subdirección de Infraestructura en Salud

***Vo. Bo.***




**ARQ. NELSON DAVID HERNANDEZ PINTO**
Subdirector de Infraestructura en Salud

**Continúa y hace parte integral del presente Concepto Técnico de Viabilidad el listado de documentos soporte del proyecto**

***ANEXO***

RELACIÓN DE DOCUMENTOS ENTREGADOS EN LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO denominado "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON" presentado por E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL con radicado No. 2025423004771912 del 12/15/2025, Id Control: 1512203.

- Documento Técnico soporte de la MGA levantado y presentado por E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL con Fecha del 1/22/2026. Documento en (23) folios. Formato PDF.

- Concepto de viabilidad técnica del proyecto "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON" suscrita por El Dr. EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente. Documento en (10) folios. Formato PDF.

- Archivo en Excel del listado de dotación del "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON"

- Archivo en PDF del listado de dotación del "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON"

- Archivo en Excel que contiene la justificación de necesidades del "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON".

- Archivo en PDF que contiene la justificación de necesidades del "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON".

- Carta de Presentación del proyecto presentada al Ministerio de Salud Y la Protección Social por parte de la E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, firmada por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente. Con Fechada del 1/22/2026. Documento en (2) folios. Formato PDF

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que la E.S.E Hospital San Gabriel Arcangel, cuenta con el talento humano y la infraestructura
- necesaria para la puesta en funcionamiento del equipo incluido en el proyecto denominado
- "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON." En cuanto a infraestructura la E.S.E dispone de 27 m2 zonificados en sala de preparación y recuperación, sala de control y sala de rayos x fijo que cuenta con vestier y baño. Se cuenta con todas las condiciones necesarias para la instalación del rayo x incluyendo paredes plomadas, requerimientos de aire acondicionado y acometida eléctrica.

- Es importante resaltar que la E.S.E cuenta con talento humano especializado para la puesta en marcha del servicio de Rayo X, en la actualidad cuenta con tres tecnólogos en imágenes diagnósticas,". Fechada del 12/8/2025, documento de 1 folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que, la E.S.E Hospital San Gabriel Arcangel, garantiza la sostenibilidad técnica, administrativa y financiera del proyecto de inversión denominado DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON." La entidad se compromete a asegurar la operación y el funcionamiento de los bienes que se entreguen en el marco del proyecto, mediante el uso de ingresos de naturaleza permanente, que incluyen recursos

del presupuesto institucional derivados de: La facturación de servicios a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Recursos propios generados por la operación de la entidad.
- Transferencias y apoyos recibidos en el marco de la contratación con entidades públicas.
- Recursos del Sistema General de Participaciones para salud (cuando aplique).
- Otros ingresos permanentes que financian la prestación de servicios de salud.
- Este compromiso institucional tiene como objetivo garantizar la continuidad en la atención de la población, la sostenibilidad financiera del equipamiento entregado, y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de la red pública de servicios de salud Fechada del 12/8/2025, documento de (1) folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que se compromete a realizar la supervisión del proyecto "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON" una vez que este sea aprobado y se encuentre en ejecución. Fechada del 1/22/2026, documento de (2) folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): Que, Las actividades contempladas en el proyecto de inversión denominado "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON.", Municipio de Villagarzon Putumayo", no han sido financiadas ni están siendo financiadas con otras fuentes de recursos, nacionales, territoriales o de cooperación. Fechada del 12/8/2025, documento de (1) folios en formato PDF.

- Que la E.S.E. Centro De Salud Virgen De Lourdes del municipio de Buesaco – Nariño, se compromete a realizar la custodia y el cuidado de los equipos de tecnologías de información y los bienes derivados del proyecto de inversión denominado: "DOTACION DE EQ, Fechada del 2/07/2025, documento de (1) folios en formato PDF.

- Certificación suscrita por El Dr., EIBAR CAMILO CHAMORRO VELAZCO en calidad de Gerente de E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, de VILLA GARZON Departamento De PUTUMAYO mediante la cual se establece que (abro comillas): El proyecto denominado "DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON.", por valor de DOS MIL CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTOS DIEZ PESOS PESOS M/C ($ 2.102.255.110), se formuló teniendo en cuenta los precios vigentes del mercado de la región para el año 2026". Fechada del 1/22/2026, documento de (1) folios en formato PDF.

- Archivo en Excel del listado de dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, comparativo de ofertas y selección de menor valor cotizado.

- Archivo en Excel que contiene la justificación de necesidades.

- Memorando de la Subdirección de Prestación de Servicios con el Radicado 2026231100049883 del 29 de enero del 2026 en 10 folios

Los documentos recibidos en el radicado se resumen a continuación:

• Carta de presentación del proyecto por parte de la ESE a este ministerio.
• Documento técnico por parte de la ESE firmado por la gerente, que cumple con el PTTRM del territorio.
• Matriz de dotación en Excel
• MGA

• Estudios de mercado: mínimo Dos cotizaciones con sus respectivas fichas técnicas
• Certificación de selección de menor valor cotizado
• Certificación de disponibilidad de infraestructura y personal
• Certificación de precios vigentes de mercado
• Certificación de no financiamiento con otros recursos
• Cotizaciones y fichas técnicas
• Archivo en Excel del listado de dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, comparativo de ofertas y selección de menor valor cotizado. Matriz de dotación biomédica archivo en Excel del listado de dotación biomédica con el nombre de la dotación, especificaciones técnicas mínimas obligatorias, cantidad, precio unitario, valor (precio unitario por la cantidad), valor total del proyecto, y su justificación de si se trata de reposición por obsolescencia, renovación tecnológica, innovación tecnológica, dotación biomédica para nuevos servicios, cumplimiento normativo o incremento de la capacidad instalada de los servicios actuales, todo esto acorde con el REPS (Registro especial de prestadores) y el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de cada departamento.
• Archivo en Excel que contiene la justificación de necesidades.
• Rut

**Fin del documento.**

Salud

Al contestar cite Radicado 2026231100049883
Fecha: 29-01-2026 17:16:11
Destinatario: GRUPO DE GESTION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD

# MEMORANDO

**PARA:** **DR. NELSON DAVID HERNÁNDEZ PINTO**
SUBDIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA

**DE:** **SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**ASUNTO:** INSUMO TÉCNICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL PROYECTO ***"DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON" Rad MSPS*** 2025423004771912 ID 1512203

Cordial saludo

En atención al Procedimiento para emisión de conceptos de viabilidad para los proyectos de infraestructura y dotación, esta Subdirección se permite remitir el insumo técnico desde el punto de vista de la organización de la prestación de servicios de salud, relativo al portafolio de servicios del REPS, situación financiera de la ESE, y la coherencia con en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado, así:

| | |
|---|---|
| **Nombre del proyecto:** | **DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, MUNICIPIO DE VILLAGARZON** |

## 1 INFORMACIÓN DE LA ESE

| | |
|---|---|
| **Departamento** | PUTUMAYO |
| **Municipio** | VILLA GARZON |
| **Código habilitación** | 8688500198-01 |

| | |
|---|---|
| **Nombre ESE o IPS** | E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL |
| **NIT** | 846001620-0 |
| **Carácter territorial** | DEPARTAMENTAL |
| **Nivel de atención** | 1 |
| **Tipología PTRRMR viabilizado** | UNIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD BAJA COMPLEJIDAD UAS BC |
| **Categorización de riesgo** | N/A |
| **Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 –Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Integralidad y oportunidad en la entrega de la información** | Sí |

## 2 ANÁLISIS DEL PROYECTO DESDE PUNTO DE VISTA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- **Antecedentes de la ESE**
  - **Ubicación según lo determinado en el PTRRMR**

El Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Redes de ESE del departamento de Putumayo, fue viabilizado con radicado No 202323112593901 del 03 de diciembre de 2023, con un ajuste de radicado No 2024231100340181 del pasado 31 de julio de 2024, en el mismo la **LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL del Municipio de Villa Garzón se encuentra en la Tipologia** Portafolio Unidad de Atención En Salud Baja Complejidad UAS BC así:

| MUNICIPIO | ESE | UNIDAD DE ATENCIÓN | TIPOLOGÍA |
|---|---|---|---|
| VILLAGARZON | E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL | ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL | UNIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD BAJA COMPLEJIDAD UAS BC |

  - **Portafolio de Servicios según lo determinado en el PTRRMR**.

**El Portafolio Unidad de Atención En Salud Baja Complejidad UAS BC**. Es una unidad de salud destinada para la prestación de servicios intra y extramurales, ubicadas en las zonas de salud más pobladas del departamento. Cuenta con áreas físicas según los servicios definidos (tanto asistenciales como de apoyo), conforme a la normatividad vigente del SOGCS.

Se caracterizan por prestar servicios asistenciales intra o extramural de baja complejidad, en unidades de atención en salud ubicadas en las cabeceras municipales, acorde con su población y perfil epidemiológico, prestarán servicios básicos de acuerdo con las rutas integrales de atención, de manera permanente con personal asignado al punto de atención.

Este prestador primario podrá apoyar a las unidades de atención en salud comunitarias, mediante jornadas extramurales de especialidades en medicina familiar, psicología - psicosocial y/o comunitaria – APS en salud mental, nutrición y dietética, ginecobstetricia, pediatría, medicina interna, entre otros, de acuerdo al modelo de atención en salud y los requerimientos de las rutas integrales de atención.

Se tendrá un escenario especial para los municipios afectados por el conflicto armado en los cuales podrá ser implementado el modelo de APS en salud mental, con los equipos extramurales coordinados por psicólogo - psicosocial y/o comunitario o psiquiatra de acuerdo a la disponibilidad de la oferta.

El portafolio para la **ESE Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón**, es el siguiente con todas las Sedes:

**ServiciosUnidadDeAtenciónEnSaludBajaComplejidad - UASBC.**

| GRUPO | CDG | SERVICIO | COMPLEJIDAD | | | | MODALIDAD | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | EXTRAMURAL | | | TELEMEDICINA | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | PRESTADORREMISOR | | | | PRESTADORDEREFERENCIA | | | |
| | | | BAJA | MEDIA | ALTA | | | UNIDADMÓVIL | DOMICILIARIA | JORNADASALUD | INTERACTIVA | NOINTERACTIVA | TELEXPERTICIA | TELEMONITOREO | INTERACTIVA | NOINTERACTIVA | TELEXPERTICIA | TELEMONITOREO |
| CONSULTAEXTERNA | 325 | MedicinaFamiliar | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 328 | MedicinaGeneral | X | | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 334 | OdontologíaGeneral | X | | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 371 | Otras Consultas generales (ActividadesDePICEjecutadas PorMédico,Odontólogo, Enfermero, Optómetra,Psicólogo, Nutricionista, Terapeuta Física,Lenguajes y RespiratoriaE HigienistaOral) | X | | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 301 | Anestesia | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 302 | Cardiología | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 308 | Dermatología | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 312 | Enfermería | X | | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 320 | Ginecobstetricia | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 327 | MedicinaFísicaYRehabilitación | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 329 | MedicinaInterna | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 330 | Nefrología(*) | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 331 | Neumología(*) | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 332 | Neurología(*) | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 333 | NutriciónyDietética | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 335 | Oftalmología | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 336 | OncologíaClínica(*) | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 337 | Optometría | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 339 | OrtopediaY/OTraumatología | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 340 | Otorrinolaringología | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 342 | Pediatría | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 345 | Psiquiatría | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 347 | RehabilitaciónOral | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 355 | Urología | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 356 | OtrasConsultasdeEspecialidad | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 387 | Neurocirugía(*) | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 410 | CirugíaOral | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 411 | CirugíaMaxilofacial | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 412 | Medicina Alternativa YComplementaria –Homeopática | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 413 | Medicina Alternativa YComplementaria –Ayurvédica | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 414 | Medicina Alternativa YComplementaria - TradicionalChina | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 415 | Medicina Alternativa YComplementaria –Naturopática | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 416 | Medicina Alternativa YComplementaria – Neuralterapéutica | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 417 | Terapias AlternativasY Complementarias – Bioenergética | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 418 | TerapiasAlternativasYComplementarias - TerapiaConFiltros | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 419 | TerapiasAlternativasYComplementarias - TerapiasManuales | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| | 420 | Vacunación | X | | | | X | X | X | X | | | | | | | | |
| | | SeguridadenelTrabajo | | X | | | X | X | | X | X | X | X | | X | X | X | |
| | 706 | LaboratorioClínico | | | | X | X | X | | X | X | X | X | | X | X | X | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **APOYODIAGNOSTICOYCOMPLEMENTACIONTERAPEUTICA** | 712 | TomaDeMuestrasDeLaboratorioClínico | | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | | |
| | 714 | ServicioFarmacéutico | | X | X | | X | | X | | X | X | X | | X | X | X | | |
| | 717 | LaboratorioCitologíasCervico-Uterinas | | | | X | | | | | X | X | X | | X | X | X | | |
| | 729 | TerapiaRespiratoria | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 739 | Fisioterapia | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 740 | FonoaudiologíaY/OTerapiaDelLenguaje | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | 742 | DiagnósticoVascular | | X | | | X | | | | X | | X | | X | | X | | |
| | 744 | ImágenesDiagnosticas-Ionizantes | | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | |
| | 745 | ImágenesDiagnosticas-NoIonizantes | | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | |
| | 746 | GestionPre-Transfusional | | | | X | X | | | | | | | | | | | | |
| | 749 | Toma De Muestras De Cuello Uterino YGinecológicas | | | | X | X | X | | X | | | | | | | | | |
| **INTERNACION** | 105 | CuidadoIntermedioNeonatal | | X | | | X | | | | X | | | | X | | | | |
| | 106 | CuidadoIntermedioPediátrico | | X | | | X | | | | X | | | | X | | | | |
| | 107 | CuidadoIntermedioAdultos | | X | | | X | | | | X | | | | X | | | | |
| | 120 | CuidadoBásicoNeonatal | | | | | X | | | | X | X | X | | X | X | X | | |
| | 129 | HospitalizaciónAdultos | | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| | 130 | HospitalizaciónPediátrica | | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| | 131 | HospitalizaciónEnSaludMental | | X | X | | | | | | | | X | | | | X | | |
| | 132 | HospitalizaciónParcial | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 133 | Hospitalización Paciente Crónico ConVentilador | | X | | | X | | X | | X | X | X | | X | X | | | |
| | 134 | Hospitalización Paciente Crónico SinVentilador | | X | | | X | | X | | X | X | X | | X | X | | | |
| | 135 | Hospitalización En Consumo DeSustanciasPsicoactivas | | X | X | | X | | | | X | X | X | | X | X | X | | |
| | 138 | CuidadoBásico Del Consumo DeSustanciasPsicoactivas | | X | | | X | | | | X | X | X | | | | | | |
| **QUIRURGICOS** | 203 | CirugíaGeneral | | X | X | | X | X | | X | X | X | X | | | | | | |
| | 217 | OtrasCirugías | | X | X | | X | X | | X | X | X | X | | | | | | |
| **ATENCIONINMEDIATA** | 1101 | AtenciónDelParto | | X | X | | X | | | | X | X | X | | | | | | |
| | 1102 | Urgencias | | X | X | | X | | | | X | X | X | | | | | | |
| | 1103 | TransporteAsistencialBasico | X | | | | | X | | | X | | | | X | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1104 | TransporteAsistencialMedicalizado | X | | | | X | | | X | | | | | X | | | |

**Fuente:**PTRRMdeldepartamentodelPutumayo,radicadoMinsalud202342302551622

**Nota**(*):EncasosespecialesydemaneraOpcionallaESEpodrásolicitaralaSecretaríaDepartamental de Salud la apertura de los siguientes servicios, una vez justificada su apertura mediante estudio su viabilidad técnica: Nefrología, Neumología, Neurología, Neurocirugía, Oncología Clínica.

**Referencia**: Remite pacientes que demanden servicios de mayor complejidad y complementaria a los de su portafolioalasunidadesdeatenciónensaluddemedianayaltacomplejidad.

- **Portafolio de servicios registrado en el REPS.**

La **Error! Reference source not found.**, con corte al 29 de enero de 2026, cuenta con la siguiente información de servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS:

| Grupo | Grupo | Servicio | Número Distintivo | Modalidad Intramural |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Internación | HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | DHSS0264974 | SI |
| 1 | Internación | HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA | DHSS0264975 | SI |
| 3 | Consulta Externa | ENFERMERÍA | DHSS0264976 | SI |
| 3 | Consulta Externa | MEDICINA GENERAL | DHSS0264977 | SI |
| 3 | Consulta Externa | ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0264979 | SI |
| 3 | Consulta Externa | VACUNACIÓN | DHSS0264980 | SI |
| 7 | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0264981 | SI |
| 7 | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0264982 | SI |
| 7 | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0264983 | SI |
| 7 | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES | DHSS0264984 | SI |
| 7 | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0264985 | SI |
| 11 | Atención Inmediata | ATENCIÓN DEL PARTO | DHSS0264986 | SI |
| 11 | Atención Inmediata | URGENCIAS | DHSS0264987 | SI |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11 | Atención Inmediata | TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0264988 | NO |

Fuente REPS 29012026

**Sedes según información reportada en el Registro Especial de Prestadores – REPS**

| Número Sede | Nombre Sede |
|---|---|
| 01 | ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL |
| 03 | PUESTO DE SALUD PUERTO UMBRIA |
| 05 | UNIDAD DE TERAPIAS |

Fuente REPS 29012026

| No | Grupo | Nombre | Cantidad |
|---|---|---|---|
| 1 | CAMAS | Pediátrica | 2 |
| 2 | CAMAS | Adultos | 6 |
| 3 | CAMAS | TPR | 2 |
| 4 | CAMAS | Atención del Parto | 2 |
| 5 | CAMILLAS | Observación Adultos | 2 |
| 6 | CAMILLAS | Observación Pediátrica | 3 |
| 7 | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 4 |
| 8 | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 4 |
| 9 | CONSULTORIOS | Urgencias | 2 |
| 10 | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 9 |
| 11 | SALAS | Partos | 1 |
| 12 | SALAS | Procedimientos | 1 |
| 13 | UNIDAD MOVIL | Unidad Móvil | 1 |

Fuente REPS 29012026

- **Verificación de la inclusión y aprobación del proyecto de inversión en el Plan Bienal de Inversiones en Salud vigente, si aplica.**

El proyecto **Error! Reference source not found.** no requiere estar inscrito en el Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud, según lo establecido en la **Resolución 2514 de 2012**.

La cuál define que para la dotación de equipos biomédicos para servicios considerados de control especial de oferta se contempla **que:**

*"(…)*
***ARTÍCULO 2. Servicios de salud de control especial de oferta.*** *La dotación de equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud considerados como de control especial de oferta, deberán ser los relacionados con los siguientes servicios:*

*1. Servicios de Nefrología - Diálisis Renal.*
*2. Servicios de Oncología, Radioterapia y Oncología clínica.*
*3. Servicios de medicina nuclear.*

*4. Servicios de Radiología e Imágenes Diagnosticas de Mediana y Alta Complejidad, de acuerdo con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación.*
*5. Unidades de Cuidados Intermedios e Intensivos Neonatal, Pediátrico y Adultos.*
*6. Servicios de Obstetricia de Mediana y Alta Complejidad.*
*7. Cirugía Cardiovascular.*
*8. Cirugía Neurológica.*
*9. Cirugía Ortopédica.*
*10. Cirugía de Trasplante e Implante.*
*(..)"*

Así mismo, el Artículo 3., de la mencionada Resolución 2514 de 2012 manifiesta lo siguiente:

*"(..)*
***ARTÍCULO 3.*** *Registro de proyectos. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, los municipios, las Direcciones Departamentales y/o Distritales de Salud, registrarán, en el aplicativo que para el efecto disponga este Ministerio, todos los proyectos de inversión en infraestructura física, y los proyectos de dotación de equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud considerados como de control especial de oferta, señalados en el artículo 2 de la presente resolución."*
*(..)"*

- **Oportunidad de reporte SiHO**

Una vez verificada la plataforma SIHO encontramos que la ESE Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón - Putumayo, presentó de manera oportuna el reporte:

| ad_T1_2025 | Oportunidad_T2_2025 | Oportunidad_T3_2025 | Oportunidad_T4_2025 | Oportunidad_S1_2025 | Oportunidad_S2_2025 | Oportunidad |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oportuno | Oportuno | En proceso | Pendiente Validar por el Administrador | Pendiente Validar por el Administrador | En proceso |

Fuente SIHO – 29 enero de 2026

- **En cuanto a la categorización del riesgo**

Revisada la resolución 1122 de 2025 presenta la siguiente situación:

| Departamento | Municipio | Nombre | Nivel | Carácter REPS | ¿Categorizar o no categorizar 2025? | Categorización Riesgo 2025 -Resolución 1122 de 2025- (Aplicando Art. 77 Ley 1955 de 2019) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Putumayo | VILLAGARZÓN | ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL | 1 | DEPARTAMENTAL | Categorizar | Sin riesgo |

Fuente: Base Riesgo DPSAP 2025

- **Situación Operacional y financiera de la ESE o IPS (Breve descripción de acuerdo con lo reportado en el SIHO)**

**Ocupación y producción de servicios:**

A 30 de junio de 2025 la ESE Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón -Putumayo, cuenta con 12 camas de hospitalización, un porcentaje ocupacional del 25,4%, un promedio día estancia de 2,2 días y un giro cama promedio mes de 1,4 pacientes.

La producción de servicios en 2024 fue de 438.841 unidades (UVR), con un incremento del 31,8% en relación con el 2023, cuando se produjeron 333.022 unidades. Entre enero y septiembre de 2025, la producción medida en UVR ascendió a 312.796 unidades y representa el 71,3% de la produción del año anterior.

**Equilibrio financiero:**

En la vigencia 2024 la ESE Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón -Putumayo, generó ingresos totales por valor de $50.592 millones (Valores constantes 2025), de los cuales, recaudaron $47.529 millones, los gastos alcanzaron los $45.482 millones, obteniendo un superávit con recaudo de $2.047 millones.

**Cartera por venta de servicios de salud y pasivos de la red pública:**

La cartera por venta de servicios de salud de la ESE Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón -Putumayo con corte a 30 de septiembre de 2025 ascendió a $5.352 millones, con variaciones del 1,8% respecto al corte 31 de diciembre de 2024 y del 107,2% frente a 2021. La cartera mayor a un año es de $2.797 millones (52,3% del total) y la menor a un año $2.554 millones.

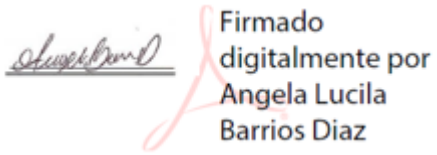
Los pasivos exigibles (no incluye provisiones, ingresos recibidos por anticipado, consignaciones sin identificar e ingresos diferidos por subvenciones condicionadas) con corte a 30 de septiembre de 2025 son de $1.412 millones, estos representan el 7,0% del total del pasivo ($20.047 millones), y presenta variaciones del 50,7% con respecto a 31 de diciembre de 2024 y del 1921,8% comparado con 2021.

Con la cartera menor a un año, que corresponde a $2.554 millones, se alcanza a cubrir el 180,9% del pasivo exigible que suma $1.412 millones.

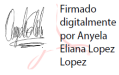
## 3 CONCLUSIÓN DESDE PUNTO DE VISTA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En consecuencia, el Grupo de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud de la Subdirección de Prestación de Servicios al realizar el análisis del presente proyecto en cuanto a los componentes de coherencia y pertinencia con el Programa de Rediseño, Reorganización y Modernización de las Redes vigente para el departamento del **PUTUMAYO** Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), se considera que es **viable** desde el enfoque de la prestación de servicios de salud.

Cordialmente,




**ANGELA LUCILA BARRIOS DIAZ**
Profesional Especializado
Encargada de las Funciones de la
Subdirección de Prestación de Servicios




**Elaboró:** Anyela Eliana López López
Asesora Territorial de Red - Contratista
Grupo de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud




**Revisó:** Johanna Del Pilar Bohórquez Ramírez
Coordinadora
Grupo de Gestión de la Prestación de Servicios de Salud
Subdirección de Prestación de Servicios