



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

SOLICITUD DE COTIZACIÓN PARA ESTUDIO DE MERCADO No. 109

PARA: PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS, EMPRESAS, ASOCIACIONES, CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES.

DE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
OFICINA JURÍDICA – UNIDAD DE CONTRATACIÓN
CALLE 22 NO. 7 - 93 PARQUE BOLÍVAR.
CONMUTADOR 7333400 EXT. 202

FECHA: 11 DE AGOSTO DEL 2022

ASUNTO: ESTUDIO DE MERCADO PARA ADELANTAR EL PROCESO CUYO OBJETO ES: Contratar la compraventa de equipos biomédicos de mediana y alta complejidad para dotar los servicios de neonatos, sala de partos, quirófanos, urgencias, hospitalización y cuidado intensivo adulto del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

En concordancia con lo establecido en el Estatuto de Contratación, adoptado mediante Acuerdo No. 00014 del 26 de septiembre de 2019 y sus modificaciones y la Resolución No. 2945 del 07 de noviembre de 2019, por la cual se adopta el Manual de Contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y sus modificaciones, y en especial con lo establecido en el artículo No. 20, del Estatuto de Contratación, que reza sobre **EL DEBER DE ANALISIS**, - “El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E deberá adelantar durante la etapa de planeación, el análisis legal, comercial y financiero necesario para conocer el sector económico que ofrezca el bien, servicio u obra a contratar...” de esta manera se hace necesario realizar un estudio de mercado con el propósito de generar buenas prácticas que propendan por la promoción de la competencia en materia de contratación pública y teniendo en cuenta que el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. requiere: **CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA DOTAR LOS SERVICIOS DE NEONATOS, SALA DE PARTOS, QUIRÓFANOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO INTENSIVO ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.** Por lo cual se solicita cotización formal para **estudio de mercado**, la cual debe enviarse por correo electrónico a las siguientes direcciones: estudiosmercadohosdenar@gmail.com y contrataciónhudn@hosdenar.gov.co hasta el día 19 de agosto del 2022, hora las 5:00 p.m.

Se solicita relacionar en el asunto del correo el número de la presente solicitud, es decir, “SOLICITUD DE COTIZACIÓN No. 109”, de la misma manera se solicita remitir la cotización





¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

oficial en el papel membreteado de la empresa cotizante y en el documento adjunto en formato Excel editable.

1. ALCANCE DEL OBJETO DE LA SOLICITUD.

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	42191800	<p>INCUBADORA SERVOCONTROLADA DOBLE PARED, con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modo de control: Servocontrol. - Rango de medición de temperatura servo-control de piel. - Rango de medición de temperatura servo-control en aire. - Visualización de temperatura de piel y aire en pantalla, con precisión de hasta $\pm 0.3^{\circ}\text{C}$. - Pantalla de control con tecnología LCD-TFT touch screen, móvil a color, de mínimo de 8". - Servo control de Humedad incluido. - Rango de ajuste en Display de Humedad de 20 - 95 % HR (en incrementos de 1%). - Ruido Interno Menor a 45dB - Velocidad de aire: 10cm/s o menor - Recamara de humidificación completamente removible, para facilitar su limpieza. - Humidificación continua sin suministro de agua: ≥ 8 horas. - Entrada de oxígeno y que permita visualizar su concentración. - Con bandeja para Chasis radiográfico, con sistema que permita apertura, sin necesidad de abrir los paneles de la incubadora, para evitar la pérdida de calor. - Dos Puertas de Acceso frontal y posterior con apertura de 180° para facilitar procedimientos y pequeñas intervenciones. Apertura controlada para minimizar ruido y daño en puertas. - Puertas de acceso abatibles mínimo 4. - Un puerto de acceso tipo iris - Mínimo 8 puertos de introducción para accesorios. - Doble mecanismo de seguro puerta frontal, que evite caídas accidentales por apertura de puertas. - Tiempo de calentamiento Aprox. Entre 30 a 45 minutos 	6	UNIDADES





¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> - Alarmas Temperatura alta, Temperatura ajustada, Sonda de temperatura cutánea - Alarmas: Sensor de humedad, Nivel de agua bajo, Sin agua, Cámara de humectación apagada, Humedad ajustada - Alarmas Sensor de oxígeno, concentración de oxígeno, caudal de oxígeno, sensor de oxígeno no calibrado. - Montada en base con sistema Up-Down, con freno en al menos dos ruedas. - Colchón impermeable. - Con balanza integrada y que permita el registro del peso. - Con gaveta y bandeja para accesorios. - Trabajo en red eléctrica de 110 VAC, 60 Hz, 500VA. - Que incluya accesorios para su correcto funcionamiento para el área en la cual será ubicado. 		
	42191800	<p><u>INCUBADORA SERVOCONTROLADA HIBRIDA DOBLE PARED</u>, con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modo de control: Servocontrol. - Con dispositivo de control que permita transformar la incubadora de cerrada a abierta, con sus características específicas tales como control de temperatura manual, Temperatura de piel servo controlada y modo de precalentamiento. - Rango de medición de temperatura servo-control de piel. - Rango de medición de temperatura servo-control en aire. - Visualización de temperatura de piel y aire en pantalla, con precisión de hasta $\pm 0.3^{\circ}\text{C}$. - Pantalla de control con tecnología LCD-TFT touch screen, móvil a color, de mínimo de 8". - Servo control de Humedad incluido. - Rango de ajuste en Display de Humedad de 20 - 95 % HR (en incrementos de 1%). - Ruido Interno Menor a 45dB - Velocidad de aire: 10cm/s o menor 	2	UNIDADES



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> - Recamara de humidificación completamente removible, para facilitar su limpieza. - Humidificación continua sin suministro de agua: ≥ 8 horas. - Entrada de oxígeno y que permita visualizar su concentración. - Con bandeja para Chasis radiográfico, con sistema que permita apertura, sin necesidad de abrir los paneles de la incubadora, para evitar la pérdida de calor. - Dos Puertas de Acceso frontal y posterior con apertura de 180° para facilitar procedimientos y pequeñas intervenciones. Apertura controlada para minimizar ruido y daño en puertas. - Puertas de acceso abatibles mínimo 4. - Un puerto de acceso tipo iris - Mínimo 8 puertos de introducción para accesorios. - Doble mecanismo de seguro puerta frontal, que evite caídas accidentales por apertura de puertas. - Tiempo de calentamiento Aprox. Entre 30 a 45 minutos - Alarmas Temperatura alta, Temperatura ajustada, Sonda de temperatura cutánea - Alarmas: Sensor de humedad, Nivel de agua bajo, Sin agua, Cámara de humectación apagada, Humedad ajustada - Alarmas Sensor de oxígeno, concentración de oxígeno, caudal de oxígeno, sensor de oxígeno no calibrado. - Montada en base con sistema Up-Down, con freno en al menos dos ruedas. - Colchón impermeable. - Con balanza integrada y que permita el registro del peso. - Con gaveta y bandeja para accesorios. - Trabajo en red eléctrica de 110 VAC, 60 Hz, 500VA. - Que incluya accesorios para su correcto funcionamiento para el área en la cual será ubicado. 		
2	42272300	<p>DISPOSITIVO REANIMADOR NEONATAL: Con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con pieza en "T". 	2	UNIDADES



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> - Presión inspiratoria pico (PIP) con rangos de: <ul style="list-style-type: none"> A5 L/min, de 2 a 70 cmH₂O [mbar] A8 L/min, de 3 a 72 cmH₂O [mbar] A10 L/min, de 4 a 73 cmH₂O [mbar] A15 L/min, de 8 a 75 cmH₂O [mbar] - Presión espiratoria final positiva (PEEP), con rangos de: <ul style="list-style-type: none"> A5 L/min, de 1 a 5 cmH₂O [mbar] A8 L/min, de 1 a 9 cmH₂O [mbar] A10 L/min, de 2 a 15 cmH₂O [mbar] A15 L/min, de 4 a 25 cmH₂O [mbar] - Línea de suministro de gas, con rango de flujo de entrada con incremento de 5 a 15 litros por minuto. - Adaptador de entrada de gas. - Concentración de oxígeno suministrada hasta un 100%, dependiendo de la concentración de suministro de gas. - Pulmón de Prueba. - Manómetro de - 20 a 80 cm de H₂O. - Soporte de reanimador. - Con sistema de liberación de presión, máximo de 8 L/min, de 5 a 70 cm H₂O y tapa de alivio de presión máxima de repuesto. - Que incluya accesorios para su correcto funcionamiento para el área en la cual será ubicado. 		
3	42143700	<p>LÁMPARA DE FOTOTERAPIA: con las siguientes especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Longitud de onda de 450-465 nm - Irradiación espectral alta de 45 uW/cm²/ nm - Irradiación espectral baja de 22 uW/ cm²/nm - Lámparas LED con capacidad nominal de mínimo 50.000 horas a alta potencia. - Nivel de ruido 22,4 dB - Ajuste de altura de 1130mm a 1600mm desde la fuente de luz hasta el suelo. - Inclinación continua de la lámpara hasta 90° 	6	UNIDADES



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> - Cabecera extraíble, para su uso integrado con incubadoras. 		
4	42143700	<p>EQUIPO DE FOTOTERAPIA TIPO PAD: con las siguientes especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuente luminosa: Tipo LED color azul. - Vida útil de la fuente de luz mínimo de 20.000 horas. - Con dos tamaños de Pad, Small (S) y Large (L). - Nivel de irradiancia máximo 66,3 $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ (4,0 mW/cm^2) - Control del Nivel de irradiancia en tres niveles: Alto: 53 $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ (3,2 mW/cm^2) $\pm 25\%$ Medio: 40 $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ (2,4 mW/cm^2) $\pm 25\%$ Bajo: 26,5 $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ (1,6 mW/cm^2) $\pm 25\%$ - Visualización del tiempo de irradiación del paciente, así como el tiempo de vida útil de la lámpara. 	1	UNIDADES
5	42191800	<p>LÁMPARA DE CALOR RADIANTE: con las siguientes especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con función de precalentamiento automático. - Altura ajustable a necesidad - Puertas abatibles - Control de temperatura seleccionable: manual/servocontrol - Precisión de visualización de temperatura cutánea de +/- 0.2 a 0.3 °C - Calentador radiante que permita inclinar o movilizar según necesidades, con ajuste e inclinación. - Sensor de temperatura de piel del neonato y tablero que permita visualizar temperatura del neonato y temperatura del equipo - Colchoneta para recién nacido, antiestático de fácil limpieza y desinfección - Pantalla LED que permita la visualización del temperatura del neonato, temperatura de control seleccionada 	3	UNIDADES

**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> - Temporizador de APGAR con alarmas sonoras emitidos cada uno, cinco y diez minutos. - Bandeja de rayos X - Alarmas de calefactor, de temperatura del paciente o sensor desconectado y falla en el suministro de energía. 		
6	42181900	<p>MONITOR DE FUNCIÓN CEREBRAL, con las siguientes especificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantalla que permita visualizar: Forma de onda de EEG en tiempo real, bolígrafos rápidos (aEEG, Impedancia - Computada; numérica rápida (Impedancia) - Computada; Distribución del histograma en intervalos de 15 segundos (aEEG, Impedancia) LCD TFT a color con pantalla táctil resistiva, 17" (432 mm) diagonal, TFT en color, resolución nativa de 1280 x 1024 píxeles - Monitorización continua en el tratamiento de hipotermia y de neonatos con diferentes patologías que requieran seguimiento. - Con software licenciado que permita consulta, revisión y anotación remota de los registros del paciente. 	1	UNIDAD
7	42142119	<p>SISTEMA DE HIPOTERMIA NEONATAL (sistema de termorregulación para inducción, mantenimiento e inversión de la hipotermia), con las siguientes especificaciones técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con intercambiadores térmicos - Depósito de agua con capacidad de 6 litros - Control de Temperatura de agua - Bomba de circulación de agua, control de caudal y protección de filtro - Canales de temperatura del paciente. - Sensores de temperatura y presión. - Pantalla LCD táctil de resolución 320*240 	1	UNIDAD

**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> - Rango de control: temperatura del agua (salida) 13-40.8°C (55-105.4°F) punto de ajuste de temperatura 30-40°C (86-104°F). - Precisión del sensor: temperatura del Paciente ± 0.3°C (0.4°F) Precisión de la temperatura del agua ± 0.3°C (0.4°F) 		
8	42181700	<p>ELECTROCARDIOGRAFO ADULTO: Que cuente con las siguientes especificaciones técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantalla LCD, táctil, para visualización de ondas - Fuente De alimentación AC / DC - batería recargable LI-ion de mínimo 4 horas de duración. - Teclado de membrana. - Filtrado Digital, resistiendo ruido AC e interferencia de ECG. - Ajuste automático de línea de base. Modo De trabajo auto / manual. - Detección y alerta de desconexión. - Para uso en paciente adulto y neonato. - Que permita monitorizar 12 derivaciones. - Un (01) cable de paciente para 10 latiguillos. - Un (01) juego de seis peras precordiales. - Un (01) Paquete de electrodos de Pinza para extremidades - Un (01) juego de cintas para conectar seis (06) electrodos neonatales. - Un (01) Paquete de electrodos de Pinza pequeña para extremidades, pacientes adultos y neonatales. - Impresora interna de alta resolución y array digital, que utiliza papel térmico 200 dpi X 500 dpi a 25 mm/s. - Un (01) Rollo o libreta de papel 	10	UNIDAD
9	42181900	<p>MONITOR DE OXIMETRIA CEREBRAL/SOMÁTICA (oxímetro cerebral/somático que cuente con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que monitorice la demanda de oxígeno/somático a nivel cerebral en el neonato a través de la colocación de sensores por cada paciente. 	1	UNIDAD



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

ITEM	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
		<ul style="list-style-type: none"> • Que determine la saturación y demanda de oxígeno real. • Que los sensores se puedan posicionarse en áreas como cerebro u otra región a nivel renal, columna vertebral, parte superior del brazo, etc., en el paciente y medir la perfusión según se requiera. • Que permita establecer parámetros límites de oxígeno o saturación de oxígeno ofreciendo uso de alarmas. • Que se visualice en el monitor la saturación regional del paciente. • Que tenga la posibilidad de conexión de 4 canales • Que cuente con 2 preamplificadores (cables) y 4 conectores de cable de sensor. • Que se encuentre validado para uso de neonatos. • Que cuente con batería que dure aproximadamente 20 minutos. • Que cuente con puerto usb que pueda archivar información de monitoreo. • Que se marque los eventos específicos. • Que cuente con pantalla LSD a color, independiente dato de pulgadas. • Que la medición permita un 75% de medición venosa y 25% arterial. 		

2. CONDICIONES DE LA COTIZACIÓN

Las cotizaciones deberán relacionar condiciones de tales como:

2.1. CONDICIONES COMERCIALES PLANTEADAS POR EL COTIZANTE

Indicar en las cotizaciones las **CONDICIONES COMERCIALES**, tales como:

- Especificar valores de la cotización incluido IVA (si aplica) y especificar el valor de IVA
- Especificar la forma de pago, en caso de un eventual contrato
- Validez de la cotización
- Mencionar si son fabricantes, importadores, distribuidores exclusivos de los productos ofertados (adjuntar soportes)
- Tiempo de entrega en caso de un eventual contrato





**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

- **Condiciones de Entrega**

EL COTIZANTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMATO FRMAN-002 – EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA y adjuntarlo al presente proceso de cotización por estudio de mercado.

Nota: El formato mencionado se adjunta a la presente solicitud

2.2. CONDICIONES A TENER EN CUENTA POR POLÍTICA DE INTRODUCCIÓN DE TECNOLOGÍA

Conforme con la Resolución No. 0445 del 24 de mayo de 2011, el cotizante deberá presentar los siguientes documentos en el momento de la presentación de la cotización, esta información es de vital importancia en la construcción del proceso de contratación, los datos a aportar se relacionan a continuación :

- Documentos que acrediten la originalidad del equipo ofertado.
- Manuales de Operación y servicios en idioma español, los cuales se deberán aportar para efectos de revisión y análisis, en este caso en particular se puede entregar en medio magnético.
- Licencias y/o declaración de importación y documentos de legalidad de los productos nacionalizados. El cotizante deberá informar por escrito esta situación y relacionar el momento en el cual será efectiva la entrega de este tipo de documentos dado un eventual contrato.
- Información relacionada con la preinstalación e instalación del equipo.
- Relacionar y documentar el registro sanitario INVIMA (cuando aplique) del equipo cotizado.
- Documentos de distribución exclusiva (Cuando Aplique), el cotizante deberá aportar documentos que acrediten exclusividad en el territorio nacional.
- Relacionar si el equipo cuenta con garantía, relacionar el tiempo en meses y el valor del mantenimiento POS garantía.
- Relacionar condiciones de mantenimiento preventivo y correctivo y condiciones de provisión de repuestos (SI APLICA), tiempo de respuesta a fallas.
- Disponibilidad de Equipos Back Up durante el tiempo de la Garantía.
- Disponibilidad de Equipos Back Up durante el proceso de la Importación (Si aplica).
- Relacionar por escrito si el equipo cuenta con certificado de calibración (SI APLICA).
- Si el equipo requiere de consumibles (Ej. cateters, bolsas, bombas de infusión, etc) para el funcionamiento del equipo o interfaz con el paciente, si es así por favor cotizar los consumibles y adjuntar ficha técnica y registros INVIMA de los mismos.
- Ficha técnica o información técnica de los ítems solicitados para revisar si cumplen con todos los aspectos solicitados, cuando aplique.
- Junto con la cotización se solicita relacionar la siguiente información: Consumo de energía kw/hora, Consumo de agua m³/día (si aplica), Cantidad de contaminantes atmosféricos emitidos - ton/año (si aplica).
- Tiempo de entrega en caso de requerirse repuestos y su respectivo valor.





**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

- Valor de Kits de mantenimiento, cuando aplique.

2.3. DOCUMENTOS A APORTAR CON LA COTIZACION

Junto con la cotización el cotizante deberá aportar la siguiente información y/o documentos:

- *Certificado de existencia y representación legal (Cámara de Comercio).*
- *Cuando el cotizante sea "Distribuidor Mayorista de Medicamentos y/o Dispositivos Médicos", se solicita adjuntar el acta de visita de IVC expedida por el ente territorial de salud o quien haga sus veces, cuyo concepto deberá ser "FAVORABLE".*
- *Certificado de CCAA (si aplica).*

Se informa al cotizante que deberá tener en cuenta los gravámenes a los cuales se incurre en la contratación en el sector público de acuerdo con lo establecido en el Estatuto Tributario del Departamento de Nariño que corresponden a:

RELACIÓN DE ESTAMPILLAS A CANCELAR EN LA LEGALIZACIÓN DE CONTRATO	
CONCEPTO	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO
Estampillas Pro-Desarrollo del Departamento de Nariño	2.0% valor del contrato antes de IVA
Estampillas Pro-cultura del Departamento de Nariño	2.0% valor del contrato antes de IVA
Estampillas Pro-Desarrollo Universidad de Nariño	0.5% valor del contrato antes de IVA
TOTAL	4.5% valor del contrato antes de IVA

NOTA: Es decir que cualquier contrato que se celebre con el Hospital Departamental de Nariño E.S.E, EL CONTRATISTA debe pagar 4,5% del VALOR TOTAL del contrato a la Gobernación de Nariño para la legalización del mismo.

Se solicita tener en cuenta que dado un eventual contrato, los equipos deberán ser entregados en las instalaciones del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. actualmente ubicado en la Calle 22 No. 7 - 93 de la Ciudad de Pasto, para lo cual se solicita tener en cuenta esta condición en el momento de la presentación de esta.

Atentamente,

UNIDAD DE CONTRATACIÓN - OFICINA JURIDICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.







**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.	EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRMAN-002	28 DE MARZO DE 2016	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	28 DE MARZO DE 2016	
		HOJA:	DE:	
GESTIÓN DE TÉCNOLOGÍA		MANTENIMIENTO		
INFORMACION DEL OFERENTE				
Nombre de proveedor:	NIT:	Nombre de Contacto:	Celular:	e-mail:
El Oferente es representante exclusivo de la marca ofrecida?		si	no	Marque con X
En caso de marcarse si deberá adjuntar el certificado de exclusividad				
INFORMACION DEL EQUIPO OFERTADO				
Nombre del Equipo	Marca/Fabricante	Modelo/Referencia	Garantía	
Función del equipo:				
Adquisición:	<input type="checkbox"/>	Demostración:	<input type="checkbox"/>	Apoyo tecnológico/Comodato
Cual:	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA ENTREGA DEL EQUIPO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE Y POLÍTICAS DEL HOSPITAL				
Nota: El proveedor que resulte seleccionado deberá cumplir como mínimo con los siguientes requisitos				
1. Control de Originalidad				
2. Registro INVIMA en donde se muestre la clasificación del riesgo según Decreto 4725 (De no requerirlo entregar certificado del INVIMA donde se especifique que no requiere)				
3. Registro / Declaración de importación de Importación, en donde especifique que el equipo es nuevo (Nuevo según Decreto 4725), No podrá ser repotenciado. En todo caso el equipo debe ser Nuevo.				
4. Entrega de manual de Usuario en Idioma original y en español				
5. Entrega de Manual de Servicio y documentación Técnica En Idioma Original y Español				
Documento técnico que incluye, descripción técnica de funcionamiento y diagrama de bloques; Procedimientos de: verificación de funcionamiento avanzado, de reparación, de mantenimiento programado, de calibración (con las curvas de funcionamiento según la variable), solución avanzada de errores/fallas, esquemáticos electrónicos, eléctricos, mecánicos y neumáticos de todos los componentes del equipo. Además deberá entregar, Manual de partes en español o Inglés : Documento técnico que ilustra detalladamente todos los componentes del equipo, cada uno con su número de parte (con el fin de servir de referencia al usuario en caso de necesitar un repuesto).				
6. Guías Rápidas de manejo seguro en español que incluya comprobaciones previas al uso, deberá quedar pegada al equipo, en ella debe explicarse paso a paso de forma didáctica la forma de operar el equipo.				
7. Cronograma de mantenimientos preventivos, calibraciones, carta de Mantenimientos correctivos				
8. Certificado de Garantía				
9. Entrega del Equipo en Plaza				
10. Carta de garantía de soporte Técnico y repuestos por mínimo 5 Años				
11. Plan de capacitación previo al uso de la tecnología, debe incluir capacitación Clínica (En manejo del equipo) y Entrenamiento Técnico (Sobre mantenimiento y soporte técnico)				
12. Protocolos de Mantenimiento preventivo: Descripción del procedimiento detallado de mantenimiento que realiza el ingeniero/técnico durante la visita de mantenimiento preventivo, frecuencia de dicho procedimiento (cada cuánto debe repetirse el proceso) y las herramientas e instrumentos de medición que se utilizan. Se acompaña con un formato a diligenciar mientras se realiza cada actividad de mantenimiento o en su defecto una lista de chequeo. Además deberá describir los kit de mantenimiento que se necesiten en cada visita.				
13. Certificado de Calibración: (Si el equipo no requiere calibración el proveedor deberá entregar certificado de fabricante en donde especifique que el equipo no requiere calibración.) El certificado de calibración deberá ser entregado según normatividad vigente.				
14. Entrega de pruebas de funcionamiento de Fabrica				
15. Listado de de problemas mas comunes y su posible solución dirigido al usuario.				





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

16. Permiso de comercialización

DILIGENCIAR POR EL PROVEEDOR

INFORMACION PARA INSTALACIÓN Y PREINSTALACIÓN (Fuentes de Alimentación)

1. Identifique Tensión, Fases y Corriente.

Tensión : Fases: Corriente:

2. El equipo es sensible a cambios en línea eléctrica? SI NO

3. Existe algún tipo de requerimiento de Agua/Drenaje/Vapor /Vació/Gases/Otros?(Describa) SI NO

Descripción:

4. Existen condiciones especiales de T°, humedad Relativa para su normal funcionamiento: SI NO

Descripción:

5. el equipo necesita ajustes o correcciones por altitud, o situación geográfica SI NO

Descripción:

6. El equipo requiere de protecciones de RF o de ruido. SI NO

Descripción:

7. se recomienda que el equipo este conectado a alimentación eléctrica de emergencia SI NO

8. El equipo requiere de UPS SI NO Es suministrada por el proveedor SI NO

Descripción de las características y el costo del UPS:

9. Tiene alguna susceptibilidad conocida de interferencia de RF

Descripción:

10. El equipo genera algún tipo de interferencia de RF

Descripción:

11. El equipo requiere de algún tipo de montaje o infraestructura.

Descripción:

12. Existe algún requerimiento adicional para el sitio. (Describalo o adjunte documentación) SI NO

Descripción:

13. El Hospital requiera de algún otro tipo de soporte para el equipo, tales como Hidráulico, Gas comprimido, ventilacion, otro. Que no hagan parte de la oferta? SI NO

Descripción:

14. Peso y dimensiones del equipo:

Descripción:

15. El área Física para la ubicación del equipo es:

16. En caso de adjudicación se enviaron planos de instalaciones y pre-instalaciones: SI NO

INFORMACIÓN DE SOPORTE TECNICO- MANTENIMIENTO PUESTA EN MARCHA CONFORMIDAD/REGULACIONES

REGULACIONES

1. Indique la clasificación según riesgo asignada por el INVIMA:

Descripción:

2. Indique el código de registro sanitario permiso de comercialización emitido por el INVIMA

Descripción:

3. El equipo ha sido reportado por eventos o incidentes ante el INVIMA





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

Descripción:													
INFORMACIÓN DE SOPORTE TECNICO- MANTENIMIENTO PUESTA EN MARCHA CONFORMIDAD/REGULACIONES													
REGULACIONES													
4. Es este producto un dispositivo medico aprobado por la FDA										SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
Adjunte certificado emitido y enuncie la referencia del mismo													
Si la respuesta es "NO" enuncie la institución que aprueba el equipo y adjunte la documentación.													
Descripción:													
5. El dispositivo o sistema funciona conforme al estándar IEC 60601-1-2 y sus anexos?										SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
GARANTIA Y MANTENIMIENTO													
Tiempo de Garantía (Mínimo 2 años)		Número de Preventivos Incluidos en la Garantía		Número de Calibraciones incluidas en el tiempo de Garantía		Cual es el valor por año de garantía extendida?		Parte o accesorio del equipo que tenga una garantía con condiciones especiales		Observaciones a la garantía			
CONTRATO DE MANTENIMIENTO POST GARANTIA						VIDA UTIL Y SOPORTE							
Valor contrato anual (Pesos) Debe incluir: Iva y cualquier repuesto que el equipo necesite.		Incremento anual estimado contrato mantenimiento (%)		Número de preventivos incluidos en contrato		Tiempo de respuesta para correctivos (Horas)		Vida útil estimada del equipo (años)		Garantiza consecución de repuestos por: (años)		Año de salida al mercado del modelo ofertado	
ACCESORIOS Y CONSUMIBLES POR EQUIPO													
El equipo tiene condiciones de funcionamiento con elementos consumibles distribuidos exclusivamente por el fabricante						Marque: SI o No	Si la respuesta es Sí, indique en la siguiente tabla cuales son éstos consumibles en la celda del campo "Descripción", escribiendo en paréntesis la palabra "Exclusivo"						
REPUESTOS PARA CAMBIO PERIODICO						CONSUMIBLES NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO							
Referencia - Catálogo	Descripción	Unidad mínima de despacho	Costo Unitario antes de IVA	% Iva	Frecuencia Recomendada de cambio (Meses)	Referencia - Catálogo	Descripción	Unidad mínima de despacho	Costo Unitario antes de IVA	% Iva	Frecuencia Recomendada de cambio (Meses)		





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

EQUIPOS DE RESPALDO (BACK UP) STOCK DE REPUESTOS Y LABORATORIO TECNICO					
Pregunta	Marque SI o No	Ciudad	Observaciones		
Posee equipos de respaldo (Back up)? (En observaciones por favor especificar el tiempo de entrega en la ciudad de Pasto)					
Posee stock de repuestos en Colombia? (Cual es el tiempo de entrega de estos)					
Posee laboratorios y talleres propios para el servicio técnico?					
Con que personal cuenta el proveedor para la prestación del servicio técnico del equipo ofrecido?			Si el equipo cotizado posee software especializado, con cargo a quien se hacen las actualizaciones?		
ENTRENAMIENTO Y CAPACITACIÓN OFRECIDOS					
Tipo	Lugar	Duración (horas)	Persona que lo dicta	Valor de la hora adicional	Observaciones
Técnico					
Operativo					
Nota:					
Las capacitaciones deberán dictarse en los horarios establecidos por el hospital, dependiendo de la disponibilidad del personal y en los cambios de turno 7 a 8 am 1 a 2 pm y 7 a 8 pm, el proveedor deberá además presentar los cronogramas y metodologías del entrenamiento/capacitación incluyendo la información que demuestre la idoneidad del personal que realizará esta actividad. El Hospital podrá determinar el número de personas a entrenar/capacitar. Al finalizar el entrenamiento/capacitación se deberá evaluar a los asistentes en el cumplimiento de los objetivos propuestos y entregar certificación escrita a éstos.					
INFORMACION DE REFERENCIA, SEGURIDAD Y GESTION AMBIENTAL					
1. Referenciación de uso del equipo cotizado en otras instituciones. Por favor relacione una persona contacto de la parte operativa y otra de la parte técnica.					
Ciudad	Entidad	Nombre personal clínico o de Mantenimiento		Numero de Celular con fijo	
2. Indique, cuales son las medidas de seguridad que se requiere para las personas que van a operar el equipo:					
3. Indique medidas de seguridad requeridas para las instalaciones, si aplica.					
4. Peligros y Riesgos					
Peligros para las personas y/o instalaciones		Recomendaciones		Observaciones	





**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

INFORMACION DE REFERENCIA, SEGURIDAD Y GESTION AMBIENTAL		
<p>5. Requisitos Gestión Ambiental: Indique impactos ambientales que genera la utilización del equipo. (Contaminación al agua, al aire, al suelo, ruido).</p>		
<p>6. Disposición final del equipo (como residuo).</p>		
<p>6.1 Al terminar la vida útil del equipo, cual es su disposición final? Ej: Responsabilidad compartida?, el equipo se devuelve al proveedor al finalizar su vida útil? o el Hospital dispone de él. Por favor explique:</p>		





**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

