



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

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN PARA ESTUDIO DE MERCADO No. SIP-118-
2022**

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: 08 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

ASUNTO: ESTUDIO DE MERCADO PARA ADELANTAR EL PROCESO CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE DOS MESAS DE CIRUGÍA ELECTROHIDRÁULICAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO 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 DOS MESAS DE CIRUGÍA ELECTROHIDRÁULICAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO 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, contratacionhudn@hosdenar.gov.co y enoguera@hosdenar.gov.co y/o enviar por la plataforma del SECOP II, hasta el **DÍA 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2022, HORA LAS 06:00 P.M.**





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

Se solicita relacionar en el asunto del correo en número de la presente solicitud, es decir, **SOLICITUD DE COTIZACIÓN No. SIP-118-2022**, de la misma manera se solicita remitir la cotización oficial en el papel membretado de la empresa cotizante y en el documento adjunto en formato Excel editable.

1. ALCANCE DEL OBJETO DE LA SOLICITUD.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	<p>Mesa quirúrgica electrohidráulica, con batería y mínimo secciones: cabecera, espaldar, sección pélvica, secciones para piernas divida, con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio translúcida en toda su extensión, elevador de riñón en fibra de carbono integrado • Sección de cabeza y pierna ajustables manualmente. • Las secciones desmontables para las piernas soportadas con amortiguadores de gas o neumáticos. 4 ruedas que permitan un sistema de bloqueo al piso manual. • Sistema integrado de nivelación automática en 1 solo paso. • Túnel para casete de rayos x de 14" integrado debajo de la mesa. • Base y columna en acero inoxidable de fácil limpieza. • Colchoneta antiestática para manejo de presión en material resistente y de fácil limpieza. • Control de mando manual alámbrico y panel de mando auxiliar de emergencia en la base de la mesa. • Operación con batería recargable integrada de 1 semana ó aproximadamente 10 ~ 20 ciclos de funcionamiento. • Capacidad de carga máxima igual o superior a 270 kg. • Accesorios mínimos requeridos: - 2 Soportes para brazos con clamps de sujeción ajustables en 180° horizontalmente, incluye correa de sujeción en velcro, almohadilla de espuma • 1 marco de anestesia con clamps de sujeción, • 1 correa de sujeción para cuerpo. <p>Características técnicas:</p>	2	UNIDAD





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

<ul style="list-style-type: none"> • Dimensiones: 520mm de ancho x 2082mm de largo. Altura mínima: 700-1040mm, con una tolerancia +/- 10% de las medidas. • Desplazamiento longitudinal total mínimo de 270mm con una tolerancia +/- 10%. • Trendelenburg/trendelenburg inversa: 30°/ 30° o mayor • Intervalo de inclinación lateral: 0-20° o mayor • Sección de espalda +75°/-45° ±2° • Movimiento de la cabeza: +60° / -90° o mayor • Movimiento de las piernas: +30°/-90° "Giro de 90° hacia el exterior de cada pierna, total 180° las dos piezas" • Elevador de riñón radio lúcido 12cm o mayor. <p>ACCESORIO PARA CIRUGIA DE HOMBRO, se posiciona en la sección de asiento de las mesas de la serie C, una vez se eliminan la sección de piernas, colocar al paciente mediante el resorte de gas de apoyo. Apoya cabeza de varios ejes, permite una fácil colocación de la cabeza. Paneles de hombro desprendibles proporcionan acceso quirúrgico excelente para cada hombro. Incluye correas de sujeción de cabeza.</p> <p>SOPORTE PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA, diámetro ajustable según las necesidades quirúrgicas. Un conjunto de tres piezas incluye colchonetas.</p> <p>PAR SOPORTE LATERAL, Montado sobre rieles laterales para apoyar el cuerpo del paciente en posición lateral. Almohadilla: con unas medidas aproximadas: 19cm de largo, 6,6cm de ancho, 6cm de alto Ajuste de altura: 18 cm, ajuste lateral: 22,6cm. COMPATIBLE CON MESA DE CIRUGIA con una tolerancia de +/-10% de las medidas.</p> <p>PAR CLAMP DE FIJACION PARA RIEL, en acero inoxidable, ideal para accesorios con barras planas en cualquier lugar a lo largo de carril lateral de la mesa; bloqueo simultáneo del accesorio y del clamp al carril lateral.</p>		
---	--	--

NOTA: Por favor enviar la cotización en formato **PDF**, también en formato **EXCEL**. Y adjuntar **FICHAS TÉCNICAS y REGISTRO INVIMA (Si Aplica)**.





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

COTIZACIONES QUE NO SEAN ENVIADAS EN AMBOS FORMATOS Y SIN FICHAS TÉCNICAS. NO SERÁN TENIDAS EN CUENTA.

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
- 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.





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

- 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. catéteres, 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 estos.
- Ficha 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.
- Valor de Kits de mantenimiento, cuando aplique.

2.3. DOCUMENTOS QUE 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).*
- ***FICHA TÉCNICA de los ítems solicitados para revisar si cumplen con todos los aspectos solicitados, cuando aplique.***

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:

ESTAMPILLAS LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS	
CONCEPTO	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO
Estampillas Pro-Desarrollo del Departamento de Nariño.	2.0% valor del contrato antes de IVA
Estampillas Procultura del Departamento de Nariño.	2.0% valor del contrato antes de IVA





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

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, Departamento de Nariño. 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.





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

ANEXO 1. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA COTIZACIÓN

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO ANTES DE IVA	VALOR IVA	VALOR UNITARIO INCLUIDO IVA	VALOR TOTAL INCLUIDO IVA
1	•	1	UNIDAD				
VALOR TOTAL INCLUIDO IVA							

***Es necesario incluir un formato de requerirse CUANDO APLIQUE O SEA NECESARIO.

NOTA: Por favor anexar todos los membretes correspondientes de la empresa que cotice, igual que los datos de representante legal, NIT y todo lo que consideren pertinente.





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

ANEXO 2. FORMATO FRMAN-002 – EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA

<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.</p>	<p>EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA</p>	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
En caso de marcarse si deberá adjuntar el certificado de exclusividad				Marque con X
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:			Otro:	<input type="checkbox"/>
<p>REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA ENTREGA DEL EQUIPO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE Y POLÍTICAS DEL HOSPITAL</p> <p>Nota: El proveedor que resulte seleccionado deberá cumplir como mínimo con los siguientes requisitos</p>				
<p>1. Control de Originalidad</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>4. Entrega de manual de Usuario en Idioma original y en español</p> <p>5. Entrega de Manual de Servicio y documentación Técnica En Idioma Original y Español</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>7. Cronograma de mantenimientos preventivos, calibraciones, carta de Mantenimientos correctivos</p> <p>8. Certificado de Garantía</p> <p>9. Entrega del Equipo en Plaza</p> <p>10. Carta de garantía de soporte Técnico y repuestos por mínimo 5 Años</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>14. Entrega de pruebas de funcionamiento de Fabrica</p> <p>15. Listado de de problemas mas comunes y su posible solución dirigido al usuario.</p>				





¡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 :	<input type="text"/>	Fases:	<input type="text"/>
		Corriente:	<input type="text"/>
2. El equipo es sensible a cambios en línea eléctrica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3. Existe algún tipo de requerimiento de Agua/Drenaje/Vapor /Vació/Gases/Otros?(Describa) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Descripción:			
4. Existen condiciones especiales de Tº, humedad Relativa para su normal funcionamiento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Descripción:			
5. el equipo necesita ajustes o correcciones por altitud, o situación geográfica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Descripción:			
6. El equipo requiere de protecciones de RF o de ruido. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Descripción:			
7. se recomienda que el equipo este conectado a alimentación eléctrica de emergencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
8. El equipo requiere de UPS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Es suministrada por el proveedor SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Descripción:			
14. Peso y dimensiones del equipo:			
Descripción:			
15. El área Física para la ubicación del equipo es: <input type="text"/>			
16. En caso de adjudicación se enviaran planos de instalaciones y pre-instalaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
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			





**¡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 NO
 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 NO

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		
5. Requisitos Gestión Ambiental: Indique impactos ambientales que genera la utilización del equipo. (Contaminación al agua, al aire, al suelo, ruido).		
6. Disposición final del equipo (como residuo).		
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:		

