



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

**SOLICITUD DE COTIZACION PARA ESTUDIO DE MERCADO No. SIP-139-2023**

**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:** 29 de noviembre del 2023

**ASUNTO:** ESTUDIO DE MERCADO PARA ADELANTAR EL PROCESO CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA COMPRAVENTA DE DOPPLER FETAL, PARA LAS ÁREAS DE GINECOLOGÍA Y SALA DE PARTOS 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 DOPPLER FETAL, PARA LAS ÁREAS DE GINECOLOGÍA Y SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.**, para dotar las áreas de quirófano, ginecología, y Sala de Partos 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](mailto:estudiosmercadohosdenar@gmail.com) y [mjosas@ghosdenar.gov.co](mailto:mjosas@ghosdenar.gov.co) por lo cual se solicita cotización formal para estudio de mercado de acuerdo al siguiente cronograma:

| ACTIVIDAD                                       | FECHA                   | LUGAR   |
|---|-------------------------|---|
| Publicación del estudio de mercado SIP-135-2023 | 29 de noviembre de 2023 | Página web del hospital link: <a href="https://www.hosdenar.gov.co/index.php/contrataciones-vigilancia-2023/estudios-de-mercado-2023/">https://www.hosdenar.gov.co/index.php/contrataciones-vigilancia-2023/estudios-de-mercado-2023/</a> y SECOP II. |
| Plazo para recepción de observaciones           | 1 de diciembre de 2023  | Correo electrónico <a href="mailto:mjosas@hosdenar.gov.co">mjosas@hosdenar.gov.co</a> o <a href="mailto:estudiosmercadohosdenar@gmail.com">estudiosmercadohosdenar@gmail.com</a> o a través de SECOP II   |





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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Plazo para presentar Cotizaciones</b> | 5 de diciembre de 2023, hasta las 18:00 m | Correo electrónico <a href="mailto:mjosas@hosdenar.gov.co">mjosas@hosdenar.gov.co</a> o <a href="mailto:estudiosmercadohosdenar@gmail.com">estudiosmercadohosdenar@gmail.com</a> o a través de SECOP II |
|--|---|---|

Se solicita relacionar en el asunto del correo el número de la presente solicitud, es decir, **“SOLICITUD DE COTIZACIÓN SIP.135.2023”**, de la misma manera se solicita remitir la cotización 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    | 42201709      | Doppler fetal portátil, con las siguiente características<br>Precisión de sonido<br>Resistente<br>Con pantalla<br>Grabador de audio<br>Iluminación<br>Indicador de batería<br>Transductor ultrasónico a prueba de agua<br>Garantía mínima de un año con su respectivo mantenimiento<br>Con cargador de batería y batería recargable,<br>Auto apagado para el ahorro de energía. | 10       | UNIDAD           |

### 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





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

**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 m<sup>3</sup>/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 A APORTAR CON LA COTIZACION**

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





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

- 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
- Registro sanitario INVIMA si aplica

### 3. RELACIÓN DE ESTAMPILLAS A CANCELAR EN LA LEGALIZACIÓN DE CONTRATO

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% del valor del contrato antes de IVA          |
| Estampillas Pro-cultura del Departamento de Nariño                | 2% del valor del contrato antes de IVA          |
| Estampillas Pro-Desarrollo Universidad de Nariño                  | 0.5% del valor del contrato antes de IVA        |
| Tasa Pro Deporte y Recreación                                     | 2% del valor del contrato antes de IVA          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>6.5% del valor del contrato antes de IVA</b> |

**NOTA 1:** La presente solicitud de cotización se realiza considerando la existencia de solicitud elevada desde el Área de Quirófanos.

**NOTA 2:** La cotización debe venir dirigida a: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.-UNIDAD DE CONTRATACIÓN – OFICINA JURIDICA

Atentamente,

UNIDAD DE CONTRATACIÓN  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.







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



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

|  |                                 |                      |                                |   |
|--|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|---|
| <br><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO</b><br><small>DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.</small>  | <b>EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA</b> | <b>CÓDIGO:</b>       | <b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>   |  |
|  |                                 | FRMAN-002            | 28 DE MARZO DE 2016            |   |
|  |                                 | <b>VERSIÓN:</b>      | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> |   |
|  |                                 | 01                   | 28 DE MARZO DE 2016            |   |
|  |                                 | <b>HOJA:</b>         | <b>DE:</b>                     |   |
| <b>GESTIÓN DE TÉCNOLOGÍA</b>   |                                 | <b>MANTENIMIENTO</b> |                                |   |
| <b>INFORMACION DEL OFERENTE</b>  |                                 |                      |                                |   |
| 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  |                                 |                      |                                |   |
| <b>INFORMACION DEL EQUIPO OFERTADO</b>   |                                 |                      |                                |   |
| 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"/>  |
| <b>REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA ENTREGA DEL EQUIPO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE Y POLÍTICAS DEL HOSPITAL</b>   |                                 |                      |                                |   |
| 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, <b>Manual de partes en español o Inglés:</b> 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. (Describallo 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





**¡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)<br>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<br>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<br>(horas)                        | Persona que lo dicta  | Valor de la hora adicional | Observaciones |
| Técnico  |                   |  |   |                            |               |
| Operativo  |                   |  |   |                            |               |
| <b>Nota:</b>   |                   |  |   |                            |               |
| 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!**

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  |  |
| <b>INFORMACION DE REFERENCIA, SEGURIDAD Y GESTION AMBIENTAL</b>   |  |  |
| <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> |  |  |
|   |  |  |

