

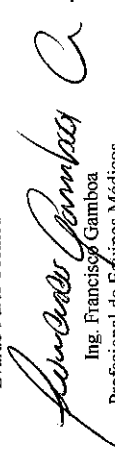
| ITEM 41 FOTOFORO INALAMBIRICO ESPECIFICACIONES TECNICAS | HOSPIMEDICS S.A. | | COMERCIAL MEDICA | |
|---|--------------------|-------------|-------------------|-----------------------------|
| | HEINE J-008.31.445 | | WELCH ALLYN 49020 | |
| | CALIFICACIÓN | OBSERVACIÓN | CALIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
| ¿El equipo es una Lámpara frontal inalámbrica de alto rendimiento? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta Con ángulo de visión ajustable? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿Equipo con iluminación uniforme? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta Con área de luz graduable? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con control de intensidad variable de luz? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta Montajes para lentes de aumento? | CUMPLE | | NO CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| ¿El equipo cuenta Con lentes de aumento de 2X, 3X, 4X? | CUMPLE | | NO CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| ¿El equipo cuenta Con fuente de luz blanca tipo LED de alta potencia? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con Chip LED con tiempo de vida útil de 10.000 horas o más? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo posee Luz con un brillo máximo no menor a 200.000 lux? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta Con temperatura de color no mayor a 6.500 K? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con distancia de trabajo de 46cm o menor? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con Diámetro del punto de luz pequeño de 3.5cm o mayor a 6.5cm o menor? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta Diámetro del punto de luz ampliado de 4.5cm o mayor a 8.5cm o menor? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con baterías recargables? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con indicador de estado de carga de la batería? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo Con cargador externo para carga de baterías con conexión 110V 50Hz? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿Peso con batería no mayor a 310gramos? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta Con baterías de respaldo para uso a brillo máximo no menor a 6 Horas? | CUMPLE | | NO CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| ¿El equipo cuenta Con tiempo de recarga de baterías no mayor a 6 horas? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| ¿El equipo cuenta con estuche para almacenamiento y protección del equipo y sus accesorios? | CUMPLE | | NO CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| OBLIGACIONES DEL OFERENTE | | OBSERVACIÓN | CALIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
| Cuenta con un documento donde indique que se compromete a anexar en la entrega del o los equipos: el certificado de buenas prácticas de manufactura. Certificado de Capacidad de Almacenamiento y Acondicionamiento de los Dispositivos Médicos, CCAA y el Registro sanitario para dispositivos médicos correspondiente o un certificado por parte del INVIMA en donde se indique que el equipo entregado no necesita registro sanitario, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano? | | | | |
| Cuenta con un documento donde indique que se compromete a entregar los documentos que acrediten la legalización en Colombia de los equipos propuestos, tales como aquellos que acrediten la importación y nacionalización de los mismos o un certificado de fabricación nacional si el equipo no es importado al momento de ser entregados los equipos ofertados? | | | | |
| | | CUMPLE | CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| | | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

| | | | | |
|--|--------|--|-----------|-----------------------------|
| Cuenta con un documento donde indique el costo anual del contrato de mantenimiento, incluyendo repuestos originales y mano de obra, actualizaciones de Software (updates y upgrades) después de vencida la garantía, el costo debe incluir las visitas recomendadas por fábrica de mantenimientos preventivos, los correctivos necesarios y las capacitaciones necesarias al personal técnico y médico que opera los equipos? | CUMPLE | | NO CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| Cuenta con un documento que certifique la garantía de stock de repuestos por un mínimo de 5 años anexando una lista de insumos y repuestos para el equipo incluyendo número de parte o referencia y disponibilidad de los mismos para cambio inmediato? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| Cuenta con un documento que certifique que la marca lleva como mínimo (5) cinco años en el país, que es el fabricante o distribuidor directo del fabricante con mínimo de 2 años de representación directa en el país, certificado de instalación y desempeño de 1 equipo de las mismas o superiores características (igual marca y línea) al ofertado, esta certificación debe venir firmada por el responsable técnico de la institución y el Director Administrativo de acuerdo al formato interno del HUS? | CUMPLE | | NO CUMPLE | NO SE EVIDENCIA INFORMACION |
| Cuenta con un documento donde se compromete a entregar e instalar en perfecto funcionamiento en el HUS y en los tiempos establecidos en los pliegos de condiciones, además y posteriormente realizara calificación de diseño e instalación según formato del HUS? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| Certifica que garantiza la capacitación técnica y de mantenimiento que contemple los siguientes temas: Operación y Funcionamiento, Mantenimiento Preventivo, Mantenimiento correctivo, Fallas mas frecuentes, Bloqueos del equipo, Protocolo de Limpieza y Desinfección, Aplicaciones Médicas y Clínicas, esta capacitación deben ir dirigida hacia el personal de equipo medico con una duración no menor a 10 horas certificadas. Estas capacitaciones se dictaran en el número que sean necesarias durante el tiempo de garantía, es de obligatoriedad entregar evidencia de que realizó dichas capacitaciones, además deberá entregar plan de capacitación que contemple como mínimo los siguientes ítems: Objetivo de la capacitación, Competencias integrales a desarrollar según perfil, contenido de la capacitación, metodología, descripción de cómo se realizará la evaluación por competencias y perfil del capacitador? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| Certifica que garantiza la capacitación al personal médico y asistencial que operara los equipos que contemple los siguientes temas: Operación y Funcionamiento, Protocolo de Limpieza, Desinfección y recomendaciones de cuidado, Aplicaciones Médicas y Clínicas, las cuales deberán ser certificadas y se dictaran en la sede de instalación del equipo, en el número que sean necesarias durante el tiempo de garantía, es de obligatoriedad del proveedor entregar evidencia de que realizo dichas capacitaciones de cada uno de los turnos en que se solicite la capacitación, además deberá entregar plan de capacitación que contemple como mínimo los siguientes ítems: Objetivo de la capacitación, Competencias integrales a desarrollar según perfil, contenido de la capacitación, metodología, descripción de cómo se realizara la evaluación por competencias y perfil del capacitador? | CUMPLE | | CUMPLE | |
| Certifica que entregara un video tutorial en idioma español con duración 10 a 15 minutos en formato AV1 o MP4 que contemple los siguientes temas como mínimo: Operación y Funcionamiento, Protocolo de Limpieza, Desinfección y recomendaciones de cuidado? | CUMPLE | | CUMPLE | |

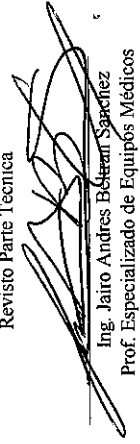
| | | | |
|--|--------|--|-----------|
| Cuenta con documento donde certifique que entregara los manuales de uso y operación (traducción al español y original), Manuales de servicio y Técnico, planos técnicos, Claves de servicio técnico, Protocolos de Mantenimiento de fábrica, Protocolo de Limpieza y desinfección, Protocolo de Disposición final del equipo y de sus componentes y Ficha técnica de su consumo de energía en stand by y en operación e instalara Fichas de Guía Rápida de Manejo y Guías rápidas enfocadas a la seguridad del usuario, equipo y paciente según formato del HUS en cada uno de los equipos | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con documento donde certifique que una vez culmine la instalación, se realizarán pruebas de funcionamiento a satisfacción del personal médico y del personal de ingeniería biomédica quienes deberá verificar que los requerimientos para operación y funcionamiento se cumplan de acuerdo a lo establecido en el formato de calificación de desempeño por lo menos 3 semanas después de su instalación y Certificarán el recibo a satisfacción por el Hospital? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con documento donde certifique que el oferente es el enteramente responsable de entregar los diseños de preinstalación (obras civiles, eléctricas, aires acondicionados, ventilación mecánica, modificación de mobiliario, etc.) para el equipo o los equipos ofertados una vez sean adjudicados contando con un tiempo no mayor a 1 semana y será el encargado de validar dichas preinstalaciones, lo cual eximirá al HUS de cualquier contratiempo o faltante presentado una vez aceptadas dichas preinstalaciones las cuales serán asumidas por el proveedor de no ser informadas. | CUMPLE | | CUMPLE |
| Presenta documento con los siguientes datos: Dirección de la sede más próxima al hospital, Números telefónicos, celulares, FAX y correo electrónico, cantidad de técnicos y nivel académico? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con documento donde el certifique que cuenta con equipos de respaldo para la tecnología propuesta? | CUMPLE | | NO CUMPLE |
| Cuenta con documento que certifique que se compromete a que el tiempo máximo garantizado de respuesta a una eventual solicitud de mantenimiento, debe ser de 8 horas máximo? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con documento que certifique que se compromete a que el tiempo máximo garantizado de solución del problema a una eventual solicitud de mantenimiento, debe ser de 24 horas máximo y si supera este tiempo instalaran un equipo de respaldo de similares o mejores características? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con un documento que certifique que se compromete a realizar la calibración anual para el equipo ofertado y donde se muestre el plan de aseguramiento metrológico durante el tiempo de garantía? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con un documento donde indique la cantidad de mantenimientos preventivos recomendadas por fábrica que se le realizarán al equipo durante los años de garantía del equipo? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con un documento donde se comprometa a entregar el certificado de calibración del equipo ofertado no mayor a 3 meses? | CUMPLE | | CUMPLE |
| Cuenta con un documento donde certifique que el equipo ofertado tiene una garantía mínima de 2 años o mas y dicha garantía deberá incluir el cambio de los elementos descritos por fábrica, necesarios para el óptimo funcionamiento de los equipos y que deberá cambiar el equipo por uno nuevo con las mismas especificaciones técnicas, si llegará a presentar alguna falla que así lo amerite durante la garantía y de igual manera garantizar un equipo de respaldo en caso de fallo que amerite revisión del mismo fuera de la institución? | CUMPLE | | CUMPLE |

| EVALUACION TECNICA FINAL | | | | FACTORES DE CALIFICACION | | | |
|------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|-----------------|-----------|
| | | | | | | CUMPLE | NO CUMPLE |
| COSTO DEL EQUIPO | | | | | | \$ 9.396.000,00 | |
| 55 PUNTOS | | | | | | 55 | |
| COSTO ANUAL DE MANTENIMIENTO | | | | | | \$ 220.000,00 | |
| 5 PUNTOS | | | | | | 5 | |
| TIEMPO DE GARANTIA ADICIONAL | | | | | | 1 | |
| 40 PUNTOS | | | | | | 40 | |
| CALIFICACION FINAL | | | | | | 100 | |

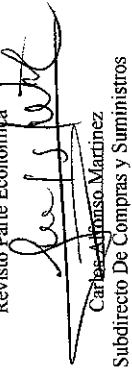
Evaluo Parte Tecnica


Ing. Francisco Gamboa
Profesional de Equipos Médicos

Revisto Parte Tecnica


Ing. Jairo Andres Botero Sanchez
Prof. Especializado de Equipos Médicos

Revisto Parte Economica


Carlos Alfonso Martinez
Subdirecto De Compras y Suministros