GRUPO 2. EQUIPO DE TERAPIA RESPIRATORIA			TECNICA ELECTROMEDICA					REM					UT DOTACION				
			CUMPLE			REQUERIDO	OBSERVACIONES	CUMPLE			REQUERIDO	OBSERVACIONES	CUMPLE			REQUERIDO	OBSERVACIONES
No.	NOMBRE ELEMENTO	ESPECIFICACIONES	SI	NO	ACLARAR			SI	NO	ACLARAR			SI	NO	ACLARAR		
2.1	Succionador	1. Uso adulto y pediatrico	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		2. Nivel de ruido entre 40 dB y 64 dB (+/-2 dB)	X					X					X				
		3. Con protección de sobreflujo	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		4. Con control de succion	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		4.1 Velocidad de flujo minimo 15L/min	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		4.2 Vacio desde 540 mmHg o mas	X					X					X				
		5. Alimentación eléctrica 110 VAC - 120VAC, 50HZ- 60 HZ	X					X					X				
		6. Dos (02) recipientes de secreciones de material plástico transparente autoclavable o esterilizable de 1000 ml o más	X					X					X				
		7. Dos (02) mangueras de drenaje a recipiente de silicona autoclavables (si aplica)	X					X					X				
		8. Un (01) filtro bacteriano	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		Accesorios a entregar:											X				
		1. Incluir cinco (05) filtros bacterianos	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
2.2	Nebulizador	1. Compresor libre de aceite	X					X					X				
		2. Nivel de ruido entre 40 dB y 64 dB (+/-2 dB)	X					X					X				
		3. Tasa media de nebulizacion desde 0,24 ml/min o mayor	X					X					X				
		4. Presion de operación 15 a 30 psi	X					X					X				
		5. Desplazamiento entre 11 l/min a 24l/min	X					X					X				
		6. Alimentación eléctrica 110 VAC - 120VAC, 50HZ- 60 HZ	X					X					X				

TS. FREDDY MONTENEGRO PARDO
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

SS. SANDOVAL QUIMBAYO JOHN JAIRO
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

SS. BUITRAGO GARCIA YIMMI ALEXANDER
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

CT. LADY TATIANA BOHORQUEZ GONZALEZ
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

GRUPO 2. EQUIPO DE TERAPIA RESPIRATORIA			TECNICA ELECTROMEDICA					REM					UT DOTACION				
			CUMPLE			REQUERIDO	OBSERVACIONES	CUMPLE			REQUERIDO	OBSERVACIONES	CUMPLE			REQUERIDO	OBSERVACIONES
No.	NOMBRE ELEMENTO	ESPECIFICACIONES	SI	NO	ACLARAR			SI	NO	ACLARAR			SI	NO	ACLARAR		
2.1	Succionador	1. Uso adulto y pediatrico	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		2. Nivel de ruido entre 40 dB y 64 dB (+/-2 dB)	X					X					X				
		3. Con protección de sobreflujo	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		4. Con control de succion	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		4.1 Velocidad de flujo minimo 15L/min	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		4.2 Vacio desde 540 mmHg o mas	X					X					X				
		5. Alimentación eléctrica 110 VAC - 120VAC, 50HZ- 60 HZ	X					X					X				
		6. Dos (02) recipientes de secreciones de material plástico transparente autoclavable o esterilizable de 1000 ml o más	X					X					X				
		7. Dos (02) mangueras de drenaje a recipiente de silicona autoclavables (si aplica)	X					X					X				
		8. Un (01) filtro bacteriano	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
		Accesorios a entregar:											X				
		1. Incluir cinco (05) filtros bacterianos	X						X			NO CUMPLE, NO SE EVIDENCIO	X				
2.2	Nebulizador	1. Compresor libre de aceite	X					X					X				
		2. Nivel de ruido entre 40 dB y 64 dB (+/-2 dB)	X					X					X				
		3. Tasa media de nebulizacion desde 0,24 ml/min o mayor	X					X					X				
		4. Presion de operación 15 a 30 psi	X					X					X				
		5. Desplazamiento entre 11 l/min a 24l/min	X					X					X				
		6. Alimentación eléctrica 110 VAC - 120VAC, 50HZ- 60 HZ	X					X					X				

TS. FREDDY MONTENEGRO PARDO
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

SS. SANDOVAL QUIMBAYO JOHN JAIRO
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

SS. BUITRAGO GARCIA YIMMI ALEXANDER
COMITE TÉCNICO EVALUADOR

CT. LADY TATIANA BOHORQUEZ GONZALEZ
COMITE TÉCNICO EVALUADOR