ÁREA QUE SOLICITA:	FECHA DE SOLICITUD:	CÓDIGO PLAN DE DESARROLLO:	No:
HOSPITALIZACION	28/02/2024		064

Este documento es el insumo base para la estructuración del proceso de selección. No obstante, la información aquí contenida puede variar en virtud del estudio del sector que se desarrolle durante el proceso de la planeación de la adquisición del bien o servicio.

BIEN O SERVICIO REQUERIDO CON ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

El Hospital requiere contratar el servicio de calibración para el equipo de terapia electro convulsiva por 1 visitas anual según cronograma acordado con el proveedor, para el equipo de TEC marca Somatics Serie No. 44548 modelo THYMATRON SYSTEM IV ubicado en la Sala de procedimiento de la Sala No.8

ADQUISICIÓN DE RECURSOS TECNOLOGICOS: NO APLICA

CLASIFICACIÓN UNSPSC

Lo que se requiere contratar se ha codificado conforme el Clasificador de Bienes y Servicios de Naciones Unidas (UNSPSC) así:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO	DESCRIPCION
85000000	85160000	85161500	85161501	Mantenimiento o reparación de equipo médico mayor (capital)

CODIGO PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES:

85161501 Mantenimiento o reparación de equipo médico mayor (capital)

JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO O SERVICIO REQUERIDO:

La Ley 489 de 1998 en su artículo cuarto estipula que "La función administrativa del Estado busca la satisfacción de las necesidades generales de todos los habitantes, de conformidad con los principios, finalidades y cometidos consagrados en la Constitución Política".

El Hospital debe contar con los Equipos Biomédicos en perfectas condiciones, para ser operadas por el grupo médico de la institución. Por ello se requiere llevar a cabo la calibración para el equipo de TEC marca Somatics Serie No. 44548 modelo THYMATRON SYSTEM IV ubicado en la Sala de procedimiento de la Sala No.8, para mantener el sistema en buenas condiciones incluyendo el chequeo de funciones, ajustes y verificación por el proveedor, empresa que certifica el correcto funcionamiento del equipo según los parámetros del fabricante.

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.	FORMATO UNICO DE NECESIDADES	CÓDIGO	FOR-DES-08
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	DICIEMBRE 2023

FOR-064

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
Desde la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2024.

IMPACTO QUE SE GENERA EN EL AREA POR LA FALTA DEL OBJETO:
Procedimientos inseguros.
Falta a la integralidad de la atención brindada.
No cumplimiento de los protocolos de atención establecidos.
Riesgos de fallas en el equipo que producirían tratamiento no adecuado a los pacientes.
Imposibilidad de prestar un servicio integral al no poder realizar TEC a los pacientes.

ESPACIO PARA EL AREA ADMINISTRATIVA

FUNCIONARIO QUE SOLICITA LA NECESIDAD:	**Vo. Bo. Gerente (E)**
Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. Samira Dinas Possú C.C. 34.508.590 ENFERMERA RUN 06596 LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN VoBo Líder del Área **SAMIRA DINAS POSSU** Líder de programa Gestion de Hospitalización	**MARIA FERNANDA BURGOS CASTILLO**
DAVID ERNESTO MARTINEZ PEREZ Subgerente científico.	**FECHA DE APROBACION:** **DD/MM/AA** 28-02-2024

29/02/2024