**102.52.40**

300.2.2025-013

Yopal, 22 de enero de 2025

Sandra M
22-1-25

Señor
**GUSTAVO BERNAL DIAZ**
Equipos Casablanca SAS
Cra 3 # 11 46 interior 1. Chía Cundinamarca
Tel: 3004431519 - 3022415979
Correo: gerencia@equiposcasablanca.com
Chía, Cundinamarca

**Asunto:** Solicitud de Cotización servicio de Mantenimiento Preventivo a Todo Costo de Equipos Biomédicos

Cordial saludo.

De conformidad con el asunto, y atención a que actualmente el Hospital Regional de la Orinoquía E.S.E., se encuentra adelantando el proceso de estudio de mercado, para la prestación de mantenimiento preventivo a todo costo para los equipos biomédicos e instrumental del Hospital Regional De La Orinoquia E.S.E, Solicitamos respetuosamente, cotización del costo de cada visita de mantenimiento. Para la presentación de la oferta, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

**Especificaciones técnicas:**
De acuerdo con el cronograma, el contratista deberá prestar el servicio de mantenimiento preventivo a los siguientes equipos biomédicos del HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.:

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANT. | No. De visitas Febrero | No. De visitas Marzo | No. De visitas Abril |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AGITADOR DE MAZZINE | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 2 | AGITADOR DE PLAQUETAS DE 48 UNIDADES | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 3 | AGITADOR VORTEX | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 4 | ANALIZADOR DE BILIRRUBINA | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 5 | AUTOCLAVE | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 6 | AUTOCLAVE DE FORMALDEHIDO | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 7 | AUTOCLAVE DE PEROXIDO DE HIDROGENO | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | AUTOCLAVE DE VAPOR | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 9 | AUTOCLAVE DE VAPOR DE MESA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 10 | BALANZA ANALÍTICA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 11 | BALANZA DE PRECISION | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 12 | BALANZA DIGITAL | 5 | 1 | 4 | 0 |
| 13 | BAÑO DE FLOTACIÓN | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 14 | BAÑO SEROLÓGICO | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 15 | BÁSCULA DIGITAL | 20 | 2 | 14 | 4 |
| 16 | BÁSCULA MECÁNICA | 15 | 5 | 7 | 3 |

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANT. | No. De visitas Febrero | No. De visitas Marzo | No. De visitas Abril |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 | BÁSCULA PESA BEBÉ | 15 | 7 | 5 | 2 |
| 18 | CABINA DE BIOSEGURIDAD | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 19 | CAMA ELECTRICA | 10 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | CAMA ELECTROMECÁNICA | 122 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | CAMA HOSPITALARIA | 54 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | CAMA PEDIATRICA ELECTROMECÀNICA | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | CAMILLA DE TRANSPORTE Y RECUPERACION | 30 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | CENTRAL DE INCLUSIÓN | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 25 | CENTRÍFUGA | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 26 | CENTRÍFUGA CRIOHEMODERIVADORA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 27 | CENTRIFUGA DIGITAL DE 30 TUBOS | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 28 | CENTRIFUGA REFRIGERADA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 29 | CITOCENTRIFUGA | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 30 | COLPOSCOPIO | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 31 | COLUMNA | 9 | 8 | 1 | 0 |
| 32 | CONTADOR DE CÉLULAS | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 33 | DESCONGELADOR DE PLASMA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 34 | DESFIBRILADOR | 21 | 3 | 10 | 5 |
| 35 | DESFIBRILADOR MONITOR | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 36 | DOPPLER FETAL | 9 | 3 | 3 | 3 |
| 37 | ECOGRAFO | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 38 | ELECTROBISTURI | 5 | 5 | 0 | 0 |
| 39 | ELECTROCARDIÓGRAFO | 16 | 3 | 7 | 6 |
| 40 | ELECTROCAUTERIO | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 41 | ELECTROESTIMULADOR TENS | 5 | 0 | 5 | 0 |
| 42 | EQUIPO DE ALTO FLUJO | 5 | 0 | 0 | 5 |
| 43 | EQUIPO DE MICROBIOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 44 | EQUIPO DE ÓRGANOS | 36 | 8 | 24 | 4 |
| 45 | FONENDOSCOPIO | 37 | 22 | 12 | 3 |
| 46 | FOTOSFORO | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 47 | FUENTE DE LUZ | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 48 | HOLTERS | 5 | 0 | 0 | 5 |
| 49 | HORNO DE SECADO | 4 | 3 | 1 | 0 |
| 50 | INCUBADORA DE PLAQUETAS | 1 | 1 | 0 | 0 |

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANT. | No. De visitas Febrero | No. De visitas Marzo | No. De visitas Abril |
|---|---|---|---|---|---|
| 51 | INCUBADOR PARA AGITADOR DE PLAQUETAS | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 52 | INCUBADORA DE BIOLÓGICOS | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 53 | INCUBADORA NEONATAL | 11 | 11 | 0 | 0 |
| 54 | INFUSOR | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 55 | LAMPARA AUXILIAR | 32 | 5 | 18 | 4 |
| 56 | LÁMPARA CIELÍTICA | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 57 | LAMPARA DE FOTOTERAPIA | 11 | 9 | 0 | 1 |
| 58 | LÁMPARA PIELITICA | 4 | 2 | 1 | 0 |
| 59 | LARINGOSCOPIO | 42 | 16 | 19 | 7 |
| 60 | LAVADORA DE INSTRUMENTAL | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 61 | LITOTRIPTOR | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 62 | MANOVACUOMETRO | 12 | 0 | 0 | 12 |
| 63 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 8 | 4 | 0 | 1 |
| 64 | MARCAPASO TRANSCUTÁNEO | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 65 | MASAJEADOR TERAPEUTICO | 6 | 0 | 6 | 0 |
| 66 | MEDIDOR DE PRESIÓN PARA NEUMOTAPONADOR | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 67 | MESA DE CIRUGÍA | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 68 | MESA ELECTRICA DE OFTALMOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 69 | MESA DE EXAMEN CON BASCULA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 70 | MICROCENTRIFUGA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 71 | MICROPIPETA | 27 | 27 | 0 | 0 |
| 72 | MICROSCOPIO | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 73 | MICROSCOPIO OFTALMOLOGICO | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 74 | MICROSCOPIO QUIRURGICO | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 75 | MICROSCOPIO TRINOCULAR | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 76 | MICRÓTOMO DE ROTACION MANUAL | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 77 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 142 | 45 | 68 | 23 |
| 78 | MONITOR DE VIDEO | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 79 | MONITOR FETAL | 21 | 19 | 0 | 2 |
| 80 | MONITOR MULTIPARAMETRO | 28 | 3 | 17 | 8 |
| 81 | NEBULIZADOR | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 82 | NEGATOSCOPIO | 5 | 0 | 0 | 5 |
| 83 | NEOPUFF | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 84 | PIPETA AUTOMATICA DE VOLUMEN | 7 | 7 | 0 | 0 |

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANT. | No. De visitas Febrero | No. De visitas Marzo | No. De visitas Abril |
|---|---|---|---|---|---|
| 85 | PROCESADOR DE TEJIDO | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 86 | PROCESADOR DE VIDEO | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 87 | PULSOXIMETRO | 21 | 8 | 6 | 7 |
| 88 | SELLADORA | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 89 | SEROFUGA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 90 | SERVOCUNA | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 91 | SIERRA CORTA YESOS | 6 | 2 | 4 | 0 |
| 92 | SILLA DE COLECTA EXTRAMURAL | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 93 | SILLÓN PARA DONANTES | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 94 | SILLON PARA OFTALMOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 95 | STAND DE OFTALMOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 96 | SUCCIONADOR | 19 | 12 | 5 | 2 |
| 97 | TANQUE DE PAQUETES FRÍOS | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 98 | TENSIÓMETRO | 70 | 12 | 42 | 12 |
| 99 | TENSIOMETRO DIGITAL | 8 | 7 | 0 | 1 |
| 100 | TERMOHIGROMETRO | 51 | 0 | 0 | 0 |
| 101 | TERMOMETRO AMBIENTAL | 46 | 0 | 0 | 0 |
| 102 | TERMOMETRO DIGITAL | 14 | 0 | 12 | 2 |
| 103 | TORRE DE LAPAROSCOPIA: MONITOR LCD GRADO MEDICO, CONTROLADOR DE CAMARA LOGIC HD CP, CABEZAL DE CAMARA LOGIC HD, OBJETIVO ZOOM F13-29, FUENTE DE LUZ 1.2 CPL, NEUMOINSUFLADOR 45 BASIC CPL | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 104 | TORRE DE GASTROENTEROLOGIA: MONITOR GRADO MEDICO NDS, VIDEO PROCESADOR, DOS VIDEOGASTROSCOPIOS, DOS COLONOSCOPIOS, UN VIDEODUODENOSCOPIO, IRRIGADOR DE ENDOSCOPIOS | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 105 | VENTILADOR MECÁNICO | 31 | 2 | 17 | 0 |
| 106 | VENTILADOR ROBUSTO | 35 | 0 | 12 | 3 |
| 107 | VIBRADOR MASAJEADOR | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 108 | VIDEO LARINGOSCOPIO | 10 | 2 | 4 | 0 |
| 109 | VIDEOCOLONOSCOPIO | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 110 | VIDEODUODENOSCOPIO | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 111 | VIDEOGASTROSCOPIO | 1 | 0 | 1 | 0 |

- MANTENIMIENTO DE AUTOCLAVES: el mantenimiento de las autoclaves incluidos en el presente documento deberá ser realizado por la casa representante de la marca, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz de los equipos.

- MANTENIMIENTO DEL EQUIPO DE MICROBIOLOGIA: el mantenimiento del equipo de microbiología deberá ser realizado por BIOMERIEUX DE COLOMBIA, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE PROCESADOR DE TEJIDOS DE PATOLOGIA: el mantenimiento del equipo deberá ser realizado por MACROSERCH, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE CENTRAL DE INCLUSION DE PATOLOGIA: el mantenimiento del equipo deberá ser realizado por MACROSERCH, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE CITOCENTRIFUGA DE PATOLOGIA: el mantenimiento del equipo deberá ser realizado por MACROSERCH, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE MICROTOMO DE ROTACION MANUAL DE PATOLOGIA: el mantenimiento del equipo deberá ser realizado por MACROSERCH, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DEL EQUIPO BAÑO DE FLOTACIÓN DE PATOLOGIA: el mantenimiento del equipo deberá ser realizado por MACROSERCH, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE MICROSCOPIO TRINOCULAR: el mantenimiento del equipo deberá ser realizado por MACROSERCH, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz o proveedor autorizado para el mantenimiento de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE LAVADORAS DE INSTRUMENTAL: el mantenimiento de las lavadoras de instrumental incluidas en el presente documento deberá ser realizado por la casa representante de la marca, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento emitido por la casa matriz de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE TORRE DE LAPAROSCOPIA: el mantenimiento de los equipos incluidos en el presente documento deberá ser realizado por la casa representante de la marca o proveedor autorizado para el mantenimiento del equipo, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento por la casa matriz de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE TORRE DE GASTROENTEROLOGÍA: el mantenimiento de los equipos incluidos en el presente documento deberá ser realizado por la casa representante de la marca o proveedor autorizado para el mantenimiento del equipo, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento por la casa matriz de los equipos.

- MANTENIMIENTO DE LAS CABINAS DE BIOSEGURIDAD: el mantenimiento de los equipos incluidos en el presente documento deberá ser realizado por la casa representante de la marca o proveedor autorizado para el mantenimiento del equipo, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento por la casa matriz de los equipos

- MANTENIMIENTO DEL INTRUMENTAL BÁSICO: el mantenimiento del instrumental incluidos en el presente documento deberá ser realizado por distribuidor autorizado para el mantenimiento de instrumental, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento por la empresa autorizada.

- MANTENIMIENTO DEL INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO: el mantenimiento del instrumental incluidos en el presente documento deberá ser realizado por distribuidor autorizado para el mantenimiento de instrumental, para evidencia de ello se deberá presentar el informe y/o soporte de mantenimiento por la empresa autorizada.

El contratista deberá responder por todos los daños que se causen a los equipos biomédicos, durante los mantenimientos preventivos, causados por impericia u omisión de su personal, o por el incumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos. En consecuencia, en caso de presentarse dicha situación, deberá realizar la reposición del equipo en caso de avería total del mismo por uno igual o de mejores características y tecnología que el averiado, o realizar su reparación, de forma inmediata y previo requerimiento del supervisor. La presente situación será soportada con la hoja de vida de cada uno de los equipos.
De común acuerdo entre el contratista y el supervisor designado por el **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.**, se definirá las fechas de mantenimiento preventivo de los equipos; a fin de realizar inspecciones periódicas a los equipos mencionados, con el fin de determinar el procedimiento a seguir y prevenir posibles daños. Igual tratamiento, se deberá dar con los equipos biomédicos nuevos que ingresen a la institución con su respectiva hoja de vida.

Si en el transcurso de la ejecución del contrato a adjudicar se encuentran o necesitan mantenimientos preventivos a equipos no contemplados al momento de presentar la propuesta, estás situaciones se verificarán por la parte técnica, los precios promedios mediante cotizaciones y se ejecutarán previa aprobación de la supervisión.

El **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.** no asumirá costos por la administración y/o labores del futuro contratista, toda vez que la relación contractual que se establezca no implica responsabilidad solidaria.

**Descripción de las obligaciones del contratista**: Para el cumplimiento del objeto contractual, se deben realizar las siguientes actividades:

1. El contratista debe cumplir con el ítem de las especificaciones técnicas, contenidas en el numeral 2.3 del Estudio Previo.
2. El contratista se compromete a prestar el servicio de mantenimiento preventivo a todo costo, conforme a las especificaciones técnicas definidas por el **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.** y en los tiempos establecidos por la supervisión del contrato.
3. El contratista deberá incluir en el servicio la labor de un coordinador, quien atenderá los requerimientos de tipo administrativo por parte del Supervisor designado por el Hospital Regional de la Orinoquía E.S.E.
4. El contratista debe garantizar que el personal relacionado en el ítem 5.2.2. del estudio previo, disponga durante las visitas, las herramientas, equipos, y demás elementos necesarios para adelantar dicha labor con oportunidad y eficacia.
5. Prestar el servicio contratado, asegurando el correcto funcionamiento y la operación continua de los equipos biomédicos, evitando las paradas o salidas de operación de los mismos; y dar cumplimiento a las rutinas de mantenimiento según fabricante de cada uno de ellos.
6. Cumplir con el plan de mantenimiento preventivo para los equipos biomédicos que operan en el **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.**, (Cronograma de mantenimiento), a desarrollar durante la ejecución del contrato; De acuerdo a las recomendaciones del manual de servicio y teniendo en cuenta el servicio donde se encuentran instalados.
7. Apoyar al supervisor en la presentación y seguimiento de los indicadores del área de mantenimiento Biomédico, que permitan medir la gestión de la Tecnología Biomédica en la institución, siendo insumo para la formulación e implementación de planes de mejora a que haya lugar.
8. Cuando sea requerido, prestar apoyo en las auditorias de estado de los equipos biomédicos en comodato, previa solicitud del supervisor del contrato.
9. Realizar inducción al personal asistencial que labora en los diferentes servicios asistenciales del Hospital, sobre el buen manejo, cuidado y correcto uso de los equipos, y tecnología biomédica de la Empresa; previa solicitud del supervisor del contrato.
10. Mantener actualizadas las hojas de vida de los equipos biomédicos que operan en **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.**, objeto del contrato; en las que se incluyan las especificaciones técnicas puntuales para cada equipo.
11. El contratista debe contar con los equipos necesarios para realizar la labor encomendada, entre los que se encuentran: Analizador de desfibriladores, analizador de incubadoras, analizador de oximetría, simulador de signos vitales, analizador de electrobisturí, analizador de flujo de gas, simulador de presión sanguínea no invasivo, estuche de masas, y certificación de calibración de todos los patrones y demás necesarios para asegurar el correcto funcionamiento de los mismos.
12. Presentar informes mensuales, en los cuales debe reportar los siguientes Ítems:
    - Fallas y daños presentados en los equipos, identificando los equipos, tiempo de no funcionamiento, causa y solución.
    - Mantenimientos realizados identificando los equipos.
    - Actividades desarrolladas identificando los equipos.
    - Riesgos y precauciones básicas identificando los equipos.

- Inventarios actualizados de equipos.
- Anexar recibidos a satisfacción de parte de los usuarios identificando los equipos.
- Indicadores biomédicos.

13. Rendir y elaborar los informes, conceptos, estudios y demás trabajos que se le soliciten en desarrollo del contrato.
14. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato.
15. El contratista deberá acatar las directrices impartidas por el supervisor del contrato con referente al plan de contingencia y los protocolos institucionales.
16. Prestar por su cuenta y riesgo la implementación de controles para verificar la prestación del servicio contratado, conforme las normas legales.
17. Comunicar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía durante la ejecución del contrato, al respectivo funcionario encargado de la Supervisión.
18. Sostener los precios enunciados en la propuesta, hasta el cumplimiento del objeto contractual.
19. Asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra para la ejecución del objeto contractual.
20. Suscribir las actas que se generen en el desarrollo del objeto contractual
21. Las demás que por la naturaleza del objeto contractual sean necesarias para su cabal ejecución.

Para el cumplimiento del objeto contractual, se deben realizar las siguientes **OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:**

1. Sostener los precios enunciados en la propuesta, hasta el cumplimiento del objeto contractual.
2. El contratista deberá responder por todos los daños que se causen a los equipos biomédicos, durante los mantenimientos preventivos, causados por impericia u omisión de su personal, o por el incumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos. En consecuencia, en caso de presentarse dicha situación, deberá realizar la reposición del equipo en caso de avería total del mismo por uno igual o de mejores características y tecnología que el averiado, o realizar su reparación, de forma inmediata y previo requerimiento del supervisor. La presente situación será soportada con la hoja de vida de cada uno de los equipos.
3. Responder por la conducta de su personal y mantener la supervisión directa sobre el mismo.
4. Realizar acompañamiento en las visitas de habilitación de la secretaria de Salud Departamental en el estándar 3 "Dotación y mantenimiento", en cumplimiento de la Resolución 3100 del 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social; previo requerimiento del supervisor.
5. Si en la ejecución de las visitas de mantenimiento preventivo, el contratista detecta un mal uso o deficiencia en las condiciones de utilización de los equipos, deberá realizar el reporte y presentarlo al supervisor del contrato designado por la entidad, en el que recomiende las medidas a adoptar para su buen uso.
6. Constituir las pólizas exigidas y entregarlas oportunamente para su aprobación y mantenerlas vigente todas las garantías que amparen el contrato en los términos del mismo.
7. Cumplir con los aportes al sistema integral de seguridad social y parafiscales en los términos exigidos en la norma vigente sobre la materia, propios del contratista y respecto del personal a su cargo; así como, con las normas legales relacionadas con el pago oportuno de los salarios y prestaciones sociales y demás obligaciones de tipo patronal, que se deriven de su vinculación.
8. **Presentar los informes (en medio magnético y /o impreso) solicitados por la Supervisión del contrato.**
9. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilaciones y en trabamientos que pudieran presentarse.
10. Responder ante las autoridades judiciales de los actos u omisiones en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la Administración o a terceros.
11. Cumplir con la implementación de la Resolución 0312 de 2019 de los Estándares Mínimos del SGSST. De acuerdo con el tamaño de la empresa Decreto 1072 de 2015.
12. Cumplimiento de los Protocolos de Bioseguridad de la entidad, publicados en HOSPINET.
13. Asistir a la inducción del Sistema de Gestión de Seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente antes de iniciar las actividades contractuales.
14. Participar cuando se requiera, de las reuniones, campañas, charlas, actividades de Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente, solicitadas por HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA E.S.E, durante la ejecución de la labor contratada.
15. Garantizar condiciones seguras para sus trabajadores y subcontratistas.

16. Cumplir con los requisitos en Seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente que le apliquen, contemplados en el presente documento. MANUAL DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE PARA CONTRATISTAS Y PROVEEDORES CÓDIGO: GCL-SST-M-06 FECHA: 11/11/2022 VERSIÓN: 1 PÁGINA 10 DE 20
17. Acatar las modificaciones o sugerencias en seguridad, dadas por el interventor, supervisor o responsable de SST a los procedimientos o las actividades que adelante, cuando existan condiciones inseguras para el contratista, sus trabajadores, subcontratistas, instalaciones o para los trabajadores del hospital.
18. Dar cumplimiento a las demás exigencias legales aplicables a su actividad económica.
19. Entregar al HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA E.S.E cuando se requiera, toda la documentación y/ soportes en materia de Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente.
20. Participar cuando se requiera, de las reuniones de Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente, solicitadas por HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA E.S.E, durante la ejecución de la labor contratada.

**5.2. EXPERIENCIA ESPECÍFICA:**

Para la acreditación específica en la prestación del servicio de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, el oferente debe acreditar experiencia específica de mínimo 2 años o más en la ejecución de contratos de prestación de servicios de mantenimiento preventivo en entidades de salud, mediante un mínimo de una (1) certificación cuyo valor acredite el 100% del presupuesto oficial de la presente contratación.

En el caso de Consorcios o uniones temporales, mínimo uno de los miembros deberá acreditar la experiencia exigida.

El proponente para acreditar la experiencia específica exigida deberá allegar copia de la respectiva certificación de los contratos, donde consten los siguientes datos:

1. Razón social de la empresa o entidad contratante y NIT.
2. Nombre del Contratista y Nº NIT
3. Número del contrato (si tiene)
4. Objeto del contrato el cual debe tener relación con el objeto de la presente contratación.
5. Tiempo de duración en años y meses con fecha de inicio y de terminación, de manera que se pueda establecer el tiempo de ejecución.
6. Si se trata de un Consorcio o de una Unión Temporal se debe señalar el nombre y NIT de quienes lo conforman, adicionalmente se debe indicar el porcentaje de participación de cada uno de sus miembros, para efectos del correspondiente cálculo.
7. Valor del contrato expresado en pesos colombianos.
8. Fecha de expedición de la certificación (día, mes, año) en el que se indique el recibido a satisfacción o en su defecto adjuntar el acta de liquidación o recibo del mismo.
9. Nombre, firma y cargo de quien expide la certificación.

En caso de que las certificaciones no contengan la información arriba solicitada, deberán allegar copia de los respectivos contratos acompañada de sus correspondientes actas de ejecución (parcial o total) o liquidación. No obstante lo anterior, cuando no exista contrato escrito, podrá acreditarse la relación comercial con una certificación que acredite los requisitos legales para ese tipo de contrato, contenidos en el Código de Comercio.

Lo anterior, con el fin de asegurar la ejecución idónea y de calidad del objeto contractual, por parte del futuro contratista.

**5.2.2. PERSONAL REQUERIDO:**

| ITEM | PERFIL | CANT | DESCRIPCION |
|---|---|---|---|
| 1 | Coordinador | 1 | Profesional en Ingeniería Biomédica con tarjeta profesional vigente y registro INVIMA, con experiencia relacionada de 4 años en el sector hospitalario. Encargado de la Coordinación general y operativa del proceso, responsable del personal de facturación y de la comunicación directa con el supervisor y profesionales de apoyo del contrato. |

| ITEM | PERFIL | CANT | DESCRIPCION |
|---|---|---|---|
| 2 | Profesional en Ingeniería Biomédica y/o carreras afines | 2 | Profesionales en Ingeniería Biomédica, Electrónica y/o afines con tarjeta profesional vigente y registro INVIMA, con experiencia relacionada acreditada de mínimo dos (02) años, en el sector hospitalario. Encargado de la realización de conceptos técnicos y apoyo a visitas de entes regulatorios, y ejecución de mantenimiento de equipos biomédicos. |
| 3 | Técnicos o Tecnólogos afines a la ingeniería biomédica | 2 | Tecnólogos o técnicos o en carreras afines a la Ingeniería Biomédica, con registro INVIMA, de acuerdo a la Circular Externa 500-0553-14 del 11 de julio del 2014, expedida por el INVIMA. Encargados de la ejecución de actividades de mantenimiento de equipos, con experiencia relacionada acreditada de mínimo un (01) año en el sector hospitalario, encargado de la realización de mantenimiento de equipos biomédicos. |

- El contratista, además, deberá presentar al momento de la propuesta las hojas de vida del personal requerido por la necesidad de los perfiles anteriormente mencionados, con el que va a prestar el servicio de Mantenimiento Preventivo Biomédico, las cual debe contener como mínimo los siguientes soportes:

A. Experiencia laboral certificada según el perfil para el que aplique.
B. Soportes académicos.
C. Fotocopia Cédula de Ciudadanía
D. Antecedentes judiciales vigentes
E. Antecedentes fiscales vigentes
F. Antecedentes disciplinarios vigentes
G. Antecedentes Sexuales Vigentes
H. Libreta Militar (Aplica para hombre) o constancia de Definición de Servicio Militar.
I. Carnet de Vacunación (Hepatitis B, Tétano, Fiebre amarilla, se sugiere influenza), la vacuna contra el COVID-19, será pedida cuando el gobierno lo obligue.

- El personal relacionado deberá ser contemplado dentro de la nómina del contratista.

- De igual forma, con el fin de verificar que, una vez realizadas las actividades de mantenimiento, los equipos funcionen dentro de los parámetros técnicos requeridos, es necesario contar con los siguientes equipos:
  - ✓ Analizador de desfibriladores:
  - ✓ Analizador de incubadoras
  - ✓ Analizador de oximetría
  - ✓ Simulador de signos vitales
  - ✓ Analizador de electro bisturís
  - ✓ Analizador de flujo de gas
  - ✓ Simulador de presión sanguínea no invasivo
  - ✓ Estuche de masas

Se debe adjuntar a los documentos de la propuesta, los certificados vigentes de los equipos solicitados en el presente ítem.

### 5.2.3 CAPACIDAD FINANCIERA

**El HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E,** considera necesario evaluar los indicadores de capacidad financiera, toda vez que buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejan la salud financiera de los proponentes, estas condiciones muestran la aptitud del proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato, los requisitos de capacidad financiera se establecen con base al sector relativo al objeto, el valor, el tiempo de ejecución del presente proceso, serán estos de gran importancia por tal motivo se desarrolla el contexto para solicitarlos. El Proponente debe acreditar su capacidad financiera con los siguientes indicadores con base en la información solicitada:

| | INDICADOR | ÍNDICE REQUERIDO |
|---|---|---|
| 1 | Índice de liquidez | Mayor o igual a 1 |
| 2 | índice endeudamiento | Menor o igual al 50% |
| 3 | Capital de trabajo | Una vez el valor del presupuesto oficial. |

La verificación de los requisitos habilitantes financieros para el caso de los proponentes plurales serealizará de la siguiente manera.

a) Liquidez:

$$\frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$$

b) Endeudamiento:

$$\frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}} \times 100\%$$

$$(ii)\ Indicador = \frac{\left(\sum \text{Componente 1 del indicador} \times \text{porcentaje de participación}\right)}{\left(\sum \text{Componente 2 del indicador} \times \text{porcentaje de participación}\right)}$$

c) Capital de Trabajo: ACTIVO CORRIENTE -PASIVO CORRIENTE

La verificación de indicador financiero de capital de trabajo para el caso de los proponentes plurales serealizará de la siguiente manera.

**ii) indicador = (Σ CTE1 - Σ CTE2)**

Los documentos que se mencionan en este numeral son verificables y como tales se constituyen en un requisito habilitante para el proceso de contratación.

El proponente, o cada una de las personas jurídicas que conforman el consorcio o la unión temporal, deberán presentar los siguientes documentos, a saber:

- **Estados Financieros:**

- Presentar **Estado de Situación Financiera y Estado de Resultados Integral lo** más actualizados posibles y certificados por el contador y/o revisor fiscal, es decir con corte a 31 de Diciembre de 2024; de no tenerlos certificados a la fecha, se aceptarán los más actualizados e la vigencia 2024, lo anterior con el objetivo de evitar posibles riegos en la ejecución contractual; detallando el valor Total Activo, Activo Corriente, valor total Pasivo, Pasivo Corriente, firmados por el Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal -cuando legal o estatutariamente se haya establecido la figura de Revisoría Fiscal.

- Presentar **Notas a los Estados Financieros** (mencionados en el párrafo anterior), con el mismo periodo de presentación de los estados financieros, especificando que acoge la política contable de presentación de estados financieros vigente bajo NIIF, y atendiendo la Ley 1314 de 2009, sus decretos complementarios y reglamentos. Las notas a los estados financieros deben mantener uniformidad, relación y correspondencia con los estados financieros. Los Estados Financieros deberán ser firmados por el Representante Legal y Revisor Fiscal -si aplica- designados en el Certificado de Existencia y Representación Legal vigente, junto al contador de la compañía. Todas las firmas deben estar acompañadas por el nombre completo, cargo, número de cédula y número de tarjeta profesional -si aplica- de cada responsable.

- Los estados financieros deberán ser presentados en pesos colombianos (COP). En el caso que la compañía se encuentre exenta del requisito normativo para la presentación de los estados financieros comparativos y sus respectivas notas de los años solicitados, es requisito referenciar explícita y específicamente tal exención en la norma por medio de una certificación firmada por el Representante Legal.

- Cuando legal o estatutariamente se haya establecido la figura de Revisoría Fiscal, es requisito presentar dictamen del Revisor Fiscal a los estados financieros con el mismo corte de presentación, firmados por el Revisor Fiscal designado en el Certificado de Existencia y Representación Legal.

- Para los proponentes que sean un Consorcio o Unión Temporal cada integrante debe presentar los Estados Financieros (Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados Integral) de forma individual.

- El Representante Legal y el Revisor Fiscal (si aplica), que firmen los Estados Financieros y Dictamen – si aplica-, deben figurar como tales en el Certificado de Existencia y Representación Legal o documento equivalente según el régimen jurídico aplicable al proponente, expedido por la Cámara de Comercio respectiva o la autoridad competente. Esto aplica para todos los proponentes incluyendo los Consorcios y Uniones Temporales.

- En el caso que, al momento de la presentación de la propuesta, la Representación Legal y/o la Revisoría Fiscal -si aplica-, que firma los estados financieros y/o el Dictamen, sea diferente a la que figura en el Certificado de Existencia y Representación Legal actualizado, se requiere adjuntar de manera adicional, el certificado o documento equivalente vigente a la fecha de firma de los Estados Financieros, que avale las firmas referenciadas.

- El proponente debe anexar el documento equivalente que permita validar Representante Legal y Revisor Fiscal de la empresa, facultado para firmar los estados financieros, de conformidad con la legislación aplicable en su país de origen. En caso de no contar con Revisor Fiscal debe presentar certificación firmada por el Representante Legal de la empresa
que así lo avale. En ambos casos, el representante legal o quien tenga la atribución legal, y el Revisor Fiscal -si aplica-, que registra en el Certificado de Existencia y Representación Legal o documento equivalente según el régimen jurídico aplicable, deben corresponder a quienes firman los estados financieros (Estado de Situación Financiera y Estado de Resultados Integral).

**• Tarjeta profesional**

- El proponente debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público y del Revisor Fiscal -cuando legal o estatutariamente se haya establecido la figura de Revisoría Fiscal- que firman y dictaminan los Estados Financieros. Los proponentes extranjeros deberán allegar la información solicitada de conformidad con la legislación aplicable en su país de origen. En caso de no aplicar el requerimiento anterior conforme la normatividad aplicable en su país de origen debe presentar certificación del Representante Legal de la empresa que así lo avale.

**• Certificado de antecedentes Junta Central de contadores.**

- El proponente debe anexar copia del certificado de antecedentes de la Junta Central de Contadores tanto para el Contador Público y/o Revisor Fiscal, este último en caso de requerirse, que firman y dictaminan los Estados Financieros. Este documento deberá tener fecha de expedición no mayor a tres (3) meses, tomando como punto de referencia la fecha de cierre de recepción de propuestas. Los proponentes extranjeros deberán allegar la información solicitada de conformidad con la legislación aplicable en su país de origen. En caso de no aplicar el requerimiento anterior conforme la normatividad aplicable en su país de origen debe presentar certificación del Representante Legal de la empresa que así lo avale.

**• Declaración de Renta.**

Copia de la Declaración de Renta de la vigencia 2023.

Una vez verificado el cumplimiento de la información contenida en este numeral, en relación con los documentos financieros habilitantes, se procede a revisar la capacidad financiera de acuerdo con la sección Verificación de indicadores Financieros (Habilitante). En el caso que un proponente no cumpla con alguno de los requisitos de la información documental financiera habilitante, no se procederá con la Verificación de indicadores Financieros (Habilitante) del mismo.

**6. OFERTA TÉCNICA ECONÓMICA:** El proponente deberá presentar una propuesta económica que contenga en su integridad todos los ítems objeto de la presente contratación y las especificaciones exigidas, que no supere el presupuesto oficial dispuesto, pero que deberá cubrir todos los impuestos, tasas y costos directos o indirectos derivados del contrato a suscribirse de acuerdo con los aspectos contenidos en el presente documento. El formato de presentación de la misma, será el siguiente:

| ITEM | DESCRIPCION | CANT. | COSTO UNIT | NO. VISITAS FEBRERO | NO. VISITAS MARZO | NO. VISITAS ABRIL | TOTAL | COSTO FEBRERO | COSTO MARZO | COSTO ABRIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AGITADOR DE MAZZINE | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 2 | AGITADOR DE PLAQUETAS DE 48 UNIDADES | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 3 | AGITADOR VORTEX | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 4 | ANALIZADOR DE BILIRRUBINA | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 5 | AUTOCLAVE | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 6 | AUTOCLAVE DE FORMALDEHIDO | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 7 | AUTOCLAVE DE PEROXIDO DE HIDROGENO | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 8 | AUTOCLAVE DE VAPOR | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 9 | AUTOCLAVE DE VAPOR DE MESA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 10 | BALANZA ANALÍTICA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 11 | BALANZA DE PRECISION | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 12 | BALANZA DIGITAL | 5 | 1 | 4 | 0 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 13 | BAÑO DE FLOTACIÓN | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 14 | BAÑO SEROLÓGICO | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 15 | BÁSCULA DIGITAL | 20 | 2 | 14 | 4 | 20 | $ | $ | $ | $ |
| 16 | BÁSCULA MECÁNICA | 15 | 5 | 7 | 3 | 15 | $ | $ | $ | $ |
| 17 | BÁSCULA PESA BEBÉ | 15 | 7 | 5 | 2 | 14 | $ | $ | $ | $ |
| 18 | CABINA DE BIOSEGURIDAD | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 19 | CAMA ELECTRICA | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 20 | CAMA ELECTROMECÁNICA | 122 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 21 | CAMA HOSPITALARIA | 54 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 22 | CAMA PEDIATRICA ELECTROMECÁNICA | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 23 | CAMILLA DE TRANSPORTE Y RECUPERACION | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 24 | CENTRAL DE INCLUSIÓN | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 25 | CENTRÍFUGA | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 26 | CENTRÍFUGA CRIOHEMODERIVADORA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 27 | CENTRIFUGA DIGITAL DE 30 TUBOS | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 28 | CENTRIFUGA REFRIGERADA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 29 | CITOCENTRIFUGA | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 30 | COLPOSCOPIO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |

| ITEM | DESCRIPCION | CANT. | COSTO UNIT | NO. VISITAS FEBRERO | NO. VISITAS MARZO | NO. VISITAS ABRIL | TOTAL | COSTO FEBRERO | COSTO MARZO | COSTO ABRIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | COLUMNA | 9 | 8 | 1 | 0 | 9 | $ | $ | $ | $ |
| 32 | CONTADOR DE CÉLULAS | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 33 | DESCONGELADOR DE PLASMA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 34 | DESFIBRILADOR | 21 | 3 | 10 | 5 | 18 | $ | $ | $ | $ |
| 35 | DESFIBRILADOR MONITOR | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 36 | DOPPLER FETAL | 9 | 3 | 3 | 3 | 9 | $ | $ | $ | $ |
| 37 | ECOGRAFO | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 38 | ELECTROBISTURI | 5 | 5 | 0 | 0 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 39 | ELECTROCARDIÓGRAFO | 16 | 3 | 7 | 6 | 16 | $ | $ | $ | $ |
| 40 | ELECTROCAUTERIO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 41 | ELECTROESTIMULADOR TENS | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 42 | EQUIPO DE ALTO FLUJO | 5 | 0 | 0 | 5 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 43 | EQUIPO DE MICROBIOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 44 | EQUIPO DE ÓRGANOS | 36 | 8 | 24 | 4 | 36 | $ | $ | $ | $ |
| 45 | FONENDOSCOPIO | 37 | 22 | 12 | 3 | 37 | $ | $ | $ | $ |
| 46 | FOTOSFORO | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 47 | FUENTE DE LUZ | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 48 | HOLTERS | 5 | 0 | 0 | 5 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 49 | HORNO DE SECADO | 4 | 3 | 1 | 0 | 4 | $ | $ | $ | $ |
| 50 | INCUBADORA DE PLAQUETAS | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 51 | INCUBADOR PARA AGITADOR DE PLAQUETAS | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 52 | INCUBADORA DE BIOLÓGICOS | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 53 | INCUBADORA NEONATAL | 11 | 11 | 0 | 0 | 11 | $ | $ | $ | $ |
| 54 | INFUSOR | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 55 | LAMPARA AUXILIAR | 32 | 5 | 18 | 4 | 27 | $ | $ | $ | $ |
| 56 | LÁMPARA CIELÍTICA | 4 | 4 | 0 | 0 | 4 | $ | $ | $ | $ |
| 57 | LAMPARA DE FOTOTERAPIA | 11 | 9 | 0 | 1 | 10 | $ | $ | $ | $ |
| 58 | LÁMPARA PIELITICA | 4 | 2 | 1 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 59 | LARINGOSCOPIO | 42 | 16 | 19 | 7 | 42 | $ | $ | $ | $ |
| 60 | LAVADORA DE INSTRUMENTAL | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 61 | LITOTRIPTOR | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 62 | MANOVACUOMETRO | 12 | 0 | 0 | 12 | 12 | $ | $ | $ | $ |

| ITEM | DESCRIPCION | CANT. | COSTO UNIT | NO. VISITAS FEBRERO | NO. VISITAS MARZO | NO. VISITAS ABRIL | TOTAL | COSTO FEBRERO | COSTO MARZO | COSTO ABRIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63 | MÁQUINA DE ANESTESIA | 8 | 4 | 0 | 1 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 64 | MARCAPASO TRANSCUTÁNEO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 65 | MASAJEADOR TERAPEUTICO | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | $ | $ | $ | $ |
| 66 | MEDIDOR DE PRESIÓN PARA NEUMOTAPONADOR | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 67 | MESA DE CIRUGÍA | 4 | 4 | 0 | 0 | 4 | $ | $ | $ | $ |
| 68 | MESA ELECTRICA DE OFTALMOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 69 | MESA DE EXAMEN CON BASCULA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 70 | MICROCENTRIFUGA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 71 | MICROPIPETA | 27 | 27 | 0 | 0 | 27 | $ | $ | $ | $ |
| 72 | MICROSCOPIO | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 73 | MICROSCOPIO OFTALMOLOGICO | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 74 | MICROSCOPIO QUIRURGICO | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 75 | MICROSCOPIO TRINOCULAR | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 76 | MICRÓTOMO DE ROTACION MANUAL | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 77 | MONITOR DE SIGNOS VITALES | 142 | 45 | 68 | 23 | 136 | $ | $ | $ | $ |
| 78 | MONITOR DE VIDEO | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 79 | MONITOR FETAL | 21 | 19 | 0 | 2 | 21 | $ | $ | $ | $ |
| 80 | MONITOR MULTIPARAMETRO | 28 | 3 | 17 | 8 | 28 | $ | $ | $ | $ |
| 81 | NEBULIZADOR | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 82 | NEGATOSCOPIO | 5 | 0 | 0 | 5 | 5 | $ | $ | $ | $ |
| 83 | NEOPUFF | 4 | 4 | 0 | 0 | 4 | $ | $ | $ | $ |
| 84 | PIPETA AUTOMATICA DE VOLUMEN | 7 | 7 | 0 | 0 | 7 | $ | $ | $ | $ |
| 85 | PROCESADOR DE TEJIDO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 86 | PROCESADOR DE VIDEO | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 87 | PULSOXIMETRO | 21 | 8 | 6 | 7 | 21 | $ | $ | $ | $ |
| 88 | SELLADORA | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 89 | SEROFUGA | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 90 | SERVOCUNA | 4 | 4 | 0 | 0 | 4 | $ | $ | $ | $ |
| 91 | SIERRA CORTA YESOS | 6 | 2 | 4 | 0 | 6 | $ | $ | $ | $ |
| 92 | SILLA DE COLECTA EXTRAMURAL | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 93 | SILLÓN PARA DONANTES | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | $ | $ | $ | $ |
| 94 | SILLON PARA OFTALMOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | $ | $ | $ | $ |

| ITEM | DESCRIPCION | CANT. | COSTO UNIT | NO. VISITAS FEBRERO | NO. VISITAS MARZO | NO. VISITAS ABRIL | TOTAL | COSTO FEBRERO | COSTO MARZO | COSTO ABRIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 95 | STAND DE OFTALMOLOGIA | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 96 | SUCCIONADOR | 19 | 12 | 5 | 2 | 19 | $ | $ | $ | $ |
| 97 | TANQUE DE PAQUETES FRÍOS | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 98 | TENSIÓMETRO | 70 | 12 | 42 | 12 | 66 | $ | $ | $ | $ |
| 99 | TENSIOMETRO DIGITAL | 8 | 7 | 0 | 1 | 8 | $ | $ | $ | $ |
| 100 | TERMOHIGROMETRO | 51 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 101 | TERMOMETRO AMBIENTAL | 46 | 0 | 0 | 0 | 0 | $ | $ | $ | $ |
| 102 | TERMOMETRO DIGITAL | 14 | 0 | 12 | 2 | 14 | $ | $ | $ | $ |
| 103 | TORRE DE LAPAROSCOPIA: MONITOR LCD GRADO MEDICO, CONTROLADOR DE CAMARA LOGIC HD CP, CABEZAL DE CAMARA LOGIC HD, OBJETIVO ZOOM F13-29, FUENTE DE LUZ 1.2 CPL, NEUMOINSUFLADOR 45 BASIC CPL | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 104 | TORRE DE GASTROENTEROLOGIA: MONITOR GRADO MEDICO NDS, VIDEO PROCESADOR, DOS VIDEOGASTROSCOPIOS, DOS COLONOSCOPIOS, UN VIDEODUODENOSCOPIO, IRRIGADOR DE ENDOSCOPIOS | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 105 | VENTILADOR MECÁNICO | 31 | 2 | 17 | 0 | 19 | $ | $ | $ | $ |
| 106 | VENTILADOR ROBUSTO | 35 | 0 | 12 | 3 | 15 | $ | $ | $ | $ |
| 107 | VIBRADOR MASAJEADOR | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 108 | VIDEO LARINGOSCOPIO | 10 | 2 | 4 | 0 | 6 | $ | $ | $ | $ |
| 109 | VIDEOCOLONOSCOPIO | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | $ | $ | $ | $ |
| 110 | VIDEODUODENOSCOPIO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| 111 | VIDEOGASTROSCOPIO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | $ | $ | $ | $ |
| SUBTOTAL | | | | | | | $ | | | |
| IVA | | | | | | | $ | | | |
| TOTAL | | | | | | | $ | | | |

- El contratista deberá acatar las directrices establecidas en los protocolos institucionales (PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA EL INGRESO Y EGRESO A LAS INSTALACIONES DEL HORO E.S.E. CÓDIGO: GCL-SST-PT-02) anexo al presente documento, los protocolos que se generen por parte del HORO, los protocolos que se le sugieran, en adelante para atención de la emergencia y las inddicaciones que el supervisor le indique, en respuesta a la emergencia presentada por COVID-19

- La cotización se debe presentar al correo de la Subgerencia Administrativa y Financiera del HORO (subgeraf@horo.gov.co), ó radicar en medio físico en la oficina de la Subgerencia Administrativa y Financiera, ubicada en la Calle 15 No. 7-95 segundo piso, dentro de los 3 días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

- Con la cotización se deberá adjuntar: Cámara de comercio actualizada, RUT y fotocopia de la cédula del representante legal, copia de la autoevaluación en Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a la Resolución N°0312 DE 2019, debidamente firmada por el representante legal y el responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa (Contratista y Proveedores) o certificación de ARL, además, el contratista debe presentar certificación emitida por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la empresa donde se especifique la clase de riesgo de Empresa.

Atentamente,

**RAUL YERALDO BARON PIRAVAN**
Subgerente Administrativo y Financiero

ANEXOS: (0)
Aprobó: Raul Yeraldo Baron Pirabán
Cargo: Subgerente Administrativo y Financiero

Revisó: Heidi Nataly Monroy Carranza
Cargo: Asesora S.A.F.

Revisó: KRISS MARQUEZ SOLANO
Prof. Esp. Gob. F.

Proyectó: GERMAN PUERTO GUTIERREZ
Prof. Esp. Ing. Biomédica

GESTIÓN DOCUMENTAL
Original: RAUL YERALDO BARON PIRAVAN
1ª Copia: Equipos Casablanca SAS
2ª. Copia: Archivo
Serie y Subserie: CONTRATOS-Contratos de prestación de servicios