MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5

ADENDA N° 03
PN RASES No. 5 LI 001 2025

Por el cual se modifica el pliego de condiciones del proceso de modalidad de LICITACIÓN PÚBLICA **PN RASES No. 5 LI 001 2025** cuyo objeto es la "**COMPRA, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA".**

La Regional de Aseguramiento en Salud No 5 de la Policía Nacional, en aplicación a los principios de transparencia y responsabilidad que rigen el sistema de contratación pública, además de lo señalado en el Art. 29 de la Constitución Política en el cual se ordena la garantía del debido proceso en actuaciones judiciales y administrativas, y trayendo a colación el Artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 del 2015 el cual reglamenta que la modificación a los procesos se realizará a través de adendas, procede a realizar las siguientes modificaciones al proceso así:

Lo anterior de acuerdo a las observaciones allegadas los días 26/06/2025 y 09/07/2025 y respondida por el comité evaluador mediante comunicación oficial No. GS-2025-056138-DISAN, por los oferentes que se relacionan a continuación:

- ✓ GENERAL MÉDICA DE COLOMBIA S.A.S (BIMEDCO)
- ✓ ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS
- ✓ MEDITEC S.A
- ✓ SURGICON & CIA SAS
- ✓ KAIKA S.A.S
- ✓ PROKONTROL SAS
- ✓ XINGMEDICAL SAS
- ✓ IMPULMEDICOS S.A.S
- ✓ ALEMKO Medical S.A.S
- ✓ QUIRURGIL S.A.S
- ✓ JEZA SOLUCIONES EMPRESARIALES SAS
- ✓ MEQ TECNOLOGIA MEDICA S.A.S.
- ✓ SOLUCIONES ESPECIALES S.A.S

Observaciones allegadas a la convocatoria de Licitación Pública **PN RASES No 5 LI 001 2025**, y según la respuesta emitida por parte de los comités técnico, económico y jurídico se procede a modificar el pliego de condiciones así:

Forma de pago	La Regional de Aseguramiento en Salud No.5 pagará al CONTRATISTA el valor total del contrato o contratos que resulte del presente proceso, una vez sean entregados a la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, mediante pagos que corresponden al 90% del valor total o parcial del ítem o ítems objeto del contrato que sean entregados en la Unidad prestadora de salud Norte de Santander asignados y cuenten con la respectiva entrada al almacén y el 10% restante una vez los equipos sean instalados, puestos en funcionamiento y se hayan realizado las capacitaciones requeridas al personal del Establecimiento de Sanidad Policial, para lo cual, el contratista presentará la factura por el valor total o parcial del ítem o ítems que haya sido entregado. Cada uno de los pagos se realizará dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la radicación de la factura comercial en la Ventanilla Única – Central de Cuentas del Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander o factura electrónica que debe ser enviada al correo: denor.upres-tel@policia.gov.co la cual previamente debe ser revisada y aprobada por el supervisor del contrato, acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos laborales, de acuerdo a la normatividad vigente, la factura será remitida al Supervisor del contrato para que expida el Recibido a Satisfacción Técnico económico, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, asignación del turno para pago respectivo y que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 ubique los recursos correspondientes previa aprobación del cupo de PAC vigencia 2025 cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional (Lo anterior no será impedimento para la debida ejecución del contrato). Para realizar el pago inicial, del 90% de conformidad con la entrega realizada bien sea total o parcial del ítem o ítems, se requiere la presentación de los siguientes documentos: a) Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.

	b) Recibido a satisfacción técnico y económico expedido por el supervisor del contrato. c) Formato entrada al almacén de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5. d) Formato de recepción de bienes. e) Certificado de aportes parafiscales vigente expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal. f) Copia del contrato y de las adiciones o modificaciones si hay lugar a ellas. g) Declaración de importación de los bienes adjudicados en el evento en que estos sean importados. h) certificado Factores adicionales firmado por el representante legal. Para realizar el pago restante, 10% de conformidad con la entrega realizada, se requiere la presentación de los siguientes documentos: a) Acta de instalación, capacitación y puesta en funcionamiento expedida por el Establecimiento de Sanidad Policial, en la cual sean verificables los temas tratados en las capacitaciones y la relación del personal capacitado. Esta acta debe ser suscrita por el Jefe del Establecimiento de Sanidad Policial y por personal de la empresa contratista. b) Certificado de aportes parafiscales vigente expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal. c) Cronograma de mantenimiento preventivo a realizar durante el tiempo de duración de la garantía firmado por el representante legal, gerente, supervisor o coordinador técnico con los nombres completos y cargo. e) Cronograma de intervenciones de calibración a realizar durante el tiempo de duración de la garantía firmado por el representante legal, gerente, supervisor o coordinador técnico con los nombres completos y cargo. Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander se obliga a la asignación nuevamente del turno siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no presente el recibo a satisfacción a la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander debidamente diligenciado y firmado, o el formato de entrada al almacén o cualquiera de los documentos indicados en el presente numeral."
Forma de ejecución	La entrega de los equipos adquiridos podrá realizarse en una sola entrega total o parcial del ítem o ítems dentro del plazo de ejecución del contrato, de los cuales se debe efectuar la instalación, puesta en funcionamiento y capacitación de cada uno de los equipos adquiridos, previa coordinación con el Supervisor del Contrato, Jefe del Establecimiento de Sanidad Policial y el personal encargado de su recepción en el Establecimiento de Sanidad Policial. El almacenista del Establecimiento de Sanidad a los cuales se les adjudicaron los equipos, dará cuenta mediante el diligenciamiento del Formato de Recepción de Bienes Código 1LA-FR-0140, de la entrada de los bienes adjudicados, de dicho formato entregará copia a la empresa contratista."

1.3 REQUISITOS DE ORDEN TÉCNICO - CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

Los factores de verificación técnica están descritos en el Anexo ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS del presente pliego, los cuales se verificarán como CUMPLE o NO CUMPLE y FOLIO, para lo cual, el oferente debe anexar en la oferta técnica los catálogos, manuales o fichas técnicas del fabricante los cuales deben ser legibles, indicando específicamente a que ítem corresponden, en los anteriores se debe poder verificar el cumplimiento de cada una de las especificaciones solicitadas en el citado anexo.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 podrá requerir la presentación en forma física de los catálogos, manuales o fichas técnicas del fabricante en original o copias fieles, los cuales deberán ser allegados a la Entidad dentro del plazo establecido en el correspondiente requerimiento.

Serán aceptadas certificaciones emitidas por el fabricante, del cumplimiento de las especificaciones técnicas que no se encuentren descritas dentro de los catálogos, manuales y/o fichas técnicas anexas; si así lo requiere, ***no, se aceptarán certificaciones con la totalidad de las especificaciones técnicas.*** Las certificaciones en mención deberán cumplir con los siguientes parámetros:

- Estar en original y tener traducción al castellano.
- Documento emitido por el fabricante: podrá ser firmada por el representante legal o gerente general y/o de ventas de fábrica o director de producción y/o producto de fábrica.

- La fecha de expedición del certificado no debe ser mayor a seis (6) meses anteriores al cierre del proceso

Nota: Al respecto, se indica de manera importante que, en todo caso, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 verificará el cumplimiento de cada una de las especificaciones técnicas requeridas al momento de recibir los equipos objeto del presente proceso, so pena del adelantamiento de las acciones legales correspondientes, orientadas a garantizar el cumplimiento estricto de las condiciones contractuales.

FACTORES TÉCNICOS ADICIONALES DE PONDERACIÓN

GRUPO 1. ESTERILIZACIÓN			PUNTAJE ADICIONAL MAX A OTORGAR
ITEM	**EQUIPOS A ADQUIRIR**	**DESCRIPCIÓN DEL ACCESORIO, INSUMO Y/O REPUESTO**	
Diligenciar FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES por parte del Representante Legal de la Empresa para la entrega de los siguientes accesorios adicionales a los mínimos solicitados para el GRUPO 1. ESTERILIZACIÓN			
1	ESTERILIZADOR A VAPOR 300 A 350 LITROS	A. CERRAMIENTO CON SISTEMA DE BARRERA SANITARIA DE ACERO INOXIDABLE 304 O 316 QUIRURGICO INSTALADO EN LAS ZONAS DEL ÁREA LIMPIA Y EL ÁREA ESTERIL SEGÚN LAS MEDIDAS DEL AREA DE ESTERILIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	50 PUNTOS
		B. PRUEBA DE BOWIE & DICK ELECTRONICO SIN NECESIDAD INDICADORES. C. SISTEMA DE AUTOMÁTIZACIÓN DE MINIMO 3 PROGRAMAS Y QUE INCLUYA MONITORIZACION DE AGUA, AIRE Y VAPOR NOTA: Deberá adjuntar certificación del representante legal y ficha técnica donde se evidencie el cumplimiento	50 PUNTOS
2	ESTERILIZADOR DE BAJA TEMPERATURA	A.(10) ROLLOS PAPEL TYVEK PARA ESTERILIZACIÓN A BAJA TEMPERATURA CON PEROXIDO DE HIDROGENO DE 70 A 100 MTS DE LARGO X 250 MM DE ANCHO. B. (10) ROLLOS DE PAPEL TYVEK PARA ESTERILIZACIÓN A BAJA TEMPERATURA CON PEROXIDO DE HIDROGENO DE 70 A 100 MTS DE LARGO X 500 MM DE ANCHO C. (2) CAJAS DE TIRA QUÍMICA INDICADORA PARA ESTERILIZACIÓN A BAJA TEMPERATURA CON PEROXIDO DE HIDROGENO	40 PUNTOS
3	TERMODESINFECTADORA	A. (01) CARRO DE TRASPORTE DE INSTRUMENTAL, LAVABLE, EN ABS Y/O ACERO INOXIDABLE, CON MINIMO TRES ENTREPAÑOS Y RUEDAS DE TRANSPORTE ORIGINAL DE LA MARCA B. 1 GALON DE DETERGENTE PENTAENZIMATICO PARA INSTRUMENTAL C. 1 GALON DE SOLUCION DESINCRUSTANTE PARA INSTRUMENTAL	45 PUNTOS
		D. SISTEMA O DISPOSITIVO DE MONITOREO DEL FILTRO HEPA E. CONDENSADOR DE VAHOS (SALIDA DE VAPOR SUPERIOR) PARA REDUCIR LA SALIDA DE VAPORES DEL EQUIPO CONTROLANDO LA TEMPERATURA EN EL PUNTO DE SALIDA DEL TUBO AL EXTERIOR	15 PUNTOS
NOTA: El puntaje será otorgado a la empresa oferente que certifique que hará entrega total o parcial de los factores ponderables anteriormente listados, con estricta adherencia a la descripción, para lo cual debe realizar el diligenciamiento del FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES. En el caso de que la empresa no ofrezca algunos de los factores adicionales relacionar en las comunas de cantidad, marca, modelo o referencia, país fabricante y folio (no ofrezco), por lo tanto, la entidad no contemplará el puntaje para el respectivo literal según corresponda. Así mismo, para los casos en que no se anexe el respectivo formulario, se encuentre incompleto o mal diligenciado en alguno de sus campos y/o cantidades por equipo o instrumento, no será otorgado ningún puntaje; recordando de manera importante, que por tratarse de factores que otorgan puntaje, este formulario y/o cualquiera de sus criterios, no es subsanable, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993 y sus normas concordantes.			
GRUPO 2. REHABILITACION			**PUNTAJE ADICIONAL MAX A OTORGAR**
ITEM	***EQUIPOS A ADQUIRIR***	**DESCRIPCIÓN DEL ACCESORIO, INSUMO Y/O REPUESTO**	
Diligenciar FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES por parte del Representante Legal de la Empresa para la entrega de los siguientes accesorios adicionales a los mínimos solicitados para el GRUPO 2. REHABILITACION			
4	ELECTROESTIMULADOR	A. DIEZ KITS DE ELECTRODOS DE CARBONO MEDIANOS CON CABLE DE PACIENTE B. DIEZ JUEGOS DE ELECTRODOS ADHESIVOS C. TRES CABLES DE PACIENTES PARA ELECTRODOS D. DOS FAJAS ELASTICAS MINIMO DE 1 METRO E. DOS FAJAS ELASTICAS MINIMO DE 60 CM F. UN GALON DE GEL	200 PUNTOS
5	EQUIPO DE TRACCION CERVICAL	A. SENSOR DE PRESION INTERFACIAL O DINAMOMETRO B. UN JUEGO DE POLEAS DE REPUESTO	

6	EQUIPO LASER PARA MANEJO DEL DOLOR	A. UNAS GAFAS LASER B. SEIS ALMOHADILLAS ELECTRICAS HK CONFORT C. DIEZ ESPONJAS 6X8 D. (01) CABEZAL ULTRASONIDO MINIMO DE 1CM2 C. REGULADOR DE VOLTAJE DE MINIMO 3KVA	

NOTA: El puntaje será otorgado a la empresa oferente que certifique que hará entrega total o parcial de los factores ponderables anteriormente listados, con estricta adherencia a la descripción, para lo cual debe realizar el diligenciamiento del FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES.

En el caso de que la empresa no ofrezca algunos de los factores adicionales relacionar en las comunas de cantidad, marca, modelo o referencia, país fabricante y folio (no ofrezco), por lo tanto, la entidad no contemplará el puntaje para el respectivo literal según corresponda. Así mismo, para los casos en que no se anexe el respectivo formulario, se encuentre incompleto o mal diligenciado en alguno de sus campos y/o cantidades por equipo o instrumento, no será otorgado ningún puntaje; recordando de manera importante, que por tratarse de factores que otorgan puntaje, este formulario y/o cualquiera de sus criterios, no es subsanable, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993 y sus normas concordantes.

GRUPO 3. CONSULTA EXTERNA			**PUNTAJE ADICIONAL MAX A OTORGAR**
ITEM	**EQUIPOS A ADQUIRIR**	**DESCRIPCIÓN DEL ACCESORIO, INSUMO Y/O REPUESTO**	
Diligenciar FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES por parte del Representante Legal de la Empresa para la entrega de los siguientes accesorios adicionales a los mínimos solicitados para el GRUPO 3. CONSULTA EXTERNA			
7	DESFIBRILADOR CON MARCAPASOS	A. DIEZ CABLES DE PACIENTE DE ECG DE 3, 5 Y 12 DERIVACIONES.	200 PUNTOS
8	ELECTROCARDIOGRAFO	A. UNA CAJA DE ELECTRODOS DESECHABLES DE Ag/AgCl B. JUEGO DE CABLES DE PACIENTE MULTIPOLAR	
9	MONITOR DE SIGNOS VITALES BASICO	A. DOS SENSORES DE SP02 REUTILIZABLES O DESECHABLES (ADULTO Y PEDIATRICO) B. DOS SONDAS DE TEMPERATURA ESOFAGICA, RECTAL O DE SUPERFICIE. C. UN CABLE DE ECG D. DOS BRAZALESTES ADULTO E. DOS BRAZALETES PEDIATRICO F. DOS BRAZALETES NEONATAL G. SOPORTE PARA TRANSPORTE CON RUDAS CON FRENO PARA MONITOR ORIGINAL	

NOTA: El puntaje será otorgado a la empresa oferente que certifique que hará entrega total o parcial de los factores ponderables anteriormente listados, con estricta adherencia a la descripción, para lo cual debe realizar el diligenciamiento del FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES.

En el caso de que la empresa no ofrezca algunos de los factores adicionales relacionar en las comunas de cantidad, marca, modelo o referencia, país fabricante y folio (no ofrezco), por lo tanto, la entidad no contemplará el puntaje para el respectivo literal según corresponda. Así mismo, para los casos en que no se anexe el respectivo formulario, se encuentre incompleto o mal diligenciado en alguno de sus campos y/o cantidades por equipo o instrumento, no será otorgado ningún puntaje; recordando de manera importante, que por tratarse de factores que otorgan puntaje, este formulario y/o cualquiera de sus criterios, no es subsanable, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993 y sus normas concordantes.

GRUPO 4. EQUIPOS POR ITEM			**PUNTAJE ADICIONAL MAX A OTORGAR**
ITEM	**EQUIPOS A ADQUIRIR**	**DESCRIPCIÓN DEL ACCESORIO, INSUMO Y/O REPUESTO**	
Diligenciar **FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES** por parte del Representante Legal de la Empresa para la entrega de los siguientes accesorios adicionales a los mínimos solicitados para el GRUPO 4. EQUIPOS POR ITEM			
10	EQUIPO ELECTROFISIOLOGIA CLINICA	A. REGULADOR DE VOLTAJE B. (02) PARES DE AURICULARES DE INSERCIÓN O AUDIOMÉTRICOS O VIBRADOR ÓSEO O EARTONE	200 PUNTOS
11	RAYOS X PORTATIL	A. UN CHALECO PLOMADO ADULTO B. UN CHALECO PLOMADO PEDIATRICO C. UN PROTECTOR GONADAL ADULTO D. UN PROTECTOR GONADAL PEDIATRICO E. UN PROTECTOR DE TIROIDES F. COLUMNA COLAPSABLE PARA LOS MOVIMIENTOS DEL TUBO	150 PUNTOS
		A. SOFTWARE DAP QUE PERMITA MEDIR LA DOSIS EN EL AREA EXPUESTA DEL PACIENTE	50 PUNTOS
12	UNIDAD DE EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA INCLUYE SET INSTRUMENTAL OTORRINOLARINGOLOGÍA	A. (06) SEIS FILTROS DE AIRE (**SEGÚN APLIQUE SU TECNOLOGÍA)**	10 PUNTOS
		A. (06) SEIS FILTROS ANTIBACTERIAL B. (06) SEIS FILTROS PARA LA UNIDAD DE AGUA C. (01) GALON DE DETERGENTE PENTAENZIMATICO PARA INSTRUMENTAL D. (01) CAJA DE ESPECULOS NASALES DESECHABLES E. (02) CANULAS DE FRAZIER N12 **F. (10) DIEZ TUBOS DE SILICONA PARA PUNTA DE PISTOLA DE LAVADO DE OÍDO**	140 PUNTOS
		A. TABLET DE 10" PULGADAS PARA VISUALIZACION	50 PUNTOS
13	EQUIPO DE DIATERMIA	A. CUATRO ELECTRODOS DE CONTORNO ANATOMICO REUTILIZABLES (RODILLA) CON SISTEMA DE FIJACION EN BANDAS ELASTICAS B. CUATRO ELECTRODOS DE CONTORNO ANATOMICO REUTILIZABLE (HOMBRO) CON SISTEMA DE FIJACION EN	200 PUNTOS

	BANDAS ELASTICAS	

NOTA 1: Para el **ÍTEM 10. EQUIPO ELECTROFISIOLOGIA CLINICA e ÍTEM 13. EQUIPO DE DIATERMIA**, el puntaje será otorgado a la empresa oferente que certifique que hará **entrega total** de los factores ponderables anteriormente listados, con estricta adherencia a la descripción, para lo cual debe realizar el diligenciamiento del FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES.

NOTA 2: Para el **ITEM 11. RAYOS X PORTATIL e ITEM 12. UNIDAD DE EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA INCLUYE SET INSTRUMENTAL OTORRINOLARINGOLOGÍA**, el puntaje será otorgado a la empresa oferente que certifique que hará **entrega total o parcial** de los factores ponderables anteriormente listados en la comuna correspondiente, con estricta adherencia a la descripción, para lo cual debe realizar el diligenciamiento del FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES

En el caso de que la empresa no ofrezca algunos de los factores adicionales relacionar en las comunas de cantidad, marca, modelo o referencia, país fabricante y folio (no ofrezco), por lo tanto, la entidad no contemplará el puntaje para el respectivo literal según corresponda. Así mismo, para los casos en que no se anexe el respectivo formulario, se encuentre incompleto o mal diligenciado en alguno de sus campos y/o cantidades por equipo o instrumento, no será otorgado ningún puntaje; recordando de manera importante, que por tratarse de factores que otorgan puntaje, este formulario y/o cualquiera de sus criterios, no es subsanable, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993 y sus normas concordantes.

NOTA: Para obtener el puntaje, el proponente debe diligenciar el anexo FORMULARIO OFRECIMIENTO DE FACTORES ADICIONALES Certificación condiciones técnicas adicionales de calificación.

GRUPO 1. ESTERILIZACIÓN			
ITEM 1 **ESTERILIZADOR A VAPOR 300 A 350 LITROS**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
CAPACIDAD DE LA CAMARA MINIMO 300 LITROS			
CAMARA, RECAMARA DE 316L EN ACERO INOXIDABLE EN CUALQUIERA DE SUS ALEACIONES, CON AISLANTE TERMICO			
CAMARA DE VAPOR CUADRADA O RECTANGULAR Y HORIZONTAL CON UNA PROFUNDIDAD ENTRE 990 A 1650 MM			
CONTROLADO POR MICROPROCESADOR CON AUTODIAGNOSTICO Y/O CONTROL LÓGICOS PROGRAMABLES (PLC)			
SISTEMA DE VACIO PRE Y POST A TRAVES DE BOMBA DE ANILLO LIQUIDO, INTEGRADO			
GENERADOR DE VAPOR DE 316 EN ACERO INOXIDABLE			
PROTECTOR DE SOBRECALENTAMIENTO			
PROTECTOR DE SOBRELLENADO			
VALVULA DE SEGURIDAD PARA CAMARA Y GENERADOR DE VAPOR Y/O CHAQUETA DE ACCIONAMIENTO AUTOMATICO Y MANUAL EN CASO SE SOBREPRESION			
DETECCION DE NIVELES BAJOS O SIN AGUA, QUE GENERE UNA ALERTA			
SISTEMA DE DOBLE PUERTA CON CIERRE HERMETICO VERTICAL DESLIZANTE, AUTOMATICAS EN ACERO INOXIDABLE 316L EN CUALQUIERA DE SUS ALEACIONES			
DISPOSITIVO DE BLOQUEO QUE IMPOSIBILITE ABRIR LAS PUERTAS DESPUES DEL INICIO DEL CICLO Y EN PRESENCIA DE PRESIÓN DE VAPOR EN LA CAMARA			
APERTURA DE PUERTAS POR MEDIO DE COMPRESOR DE AIRE O POR MEDIO DE SISTEMAS ELECTRÓNICOS			
PUERTAS CON SISTEMA ANTIATRAPAMIENTO O ANTIAPLASTAMIENTO			
SISTEMA QUE EVITE APERTURA SIMULTANEA DE PUERTAS			
PANEL DE CONTROL O DISPLAY A COLOR, TÁCTIL EN EL LADO DE CARGA Y DESCARGAQUE PERMITA SEGUIR LOS PARAMETROS DE LAS FASES DEL CICLO DE ESTERILIZACION EN TIEMPO REAL, SEGUIMIENTO DE TEMPERATURA, VALORES DE PRESION, VISUALIZACION DE TIEMPOS DEL PROCESO Y SISTEMA DE SEGURIDAD DE ALARMAS AUDIBLE Y VISIBLES.			
EN CASO DE FALLA EN EL DESARROLLO DEL CICLO EL EQUIPO ABORTE INMEDIATAMENTE LA OPERACIÓN Y GENERE EL REPORTE DE LA FALLA (AUTODIAGNOSTICO)			
INDICADOR DE PRESION, TIEMPO, TEMPERATURA Y SEGUIMIENTO DE LAS FASES DEL PROCESO			
MEMORIA INTEGRADA DEL CONTROLADOR CON ALMACENAMIENTO DE MINIMO 100 CICLOS			
IMPRESORA INTEGRADA E INSTALADA EN PANEL FRONTAL DEL ESTERILIZADOR			
MÍNIMO CINCO PROGRAMAS DE TRABAJO:			
CICLO MATERIAL EMPACADO TEXTIL, INSTRUMENTAL TEMPERATURA 134ºC			
CICLO MATERIALES TERMOSENSIBLES, POROSOS TEMPERATURA 121ºC			
CICLO MATERIAL PESADO O INSTRUMENTAL EN CONTENEDORES TEMPERATUTA 134ºC			
CICLO PRIONES			
CICLO RAPIDO TEMPERATURA 134ºC			
MÍNIMO DOS PROGRAMAS DE PRUEBA:			
PRUEBA DE BOWIE & DICK			
PRUEBA DE FUGAS O LEAK TEST			
SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA POR OSMOSIS INVERSA Y/O DESMINERALIZACION, CON CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE AGUA DE MINIMO DE 400 GDP Y CUENTE CON UN TANQUE DE ACUMULACIÓN			

MINIMO 60 L, CON LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR SU FUNCIONAMIENTO PARA GARANTIZAR LA DESMINERALIZACIÓN DEL AGUA REQUERIDO PARA 2 AUTOCLAVES						
ALIMENTACION ELECTRICA DEL ESTERILIZADOR 220V 50/60Hz INCLUYENDO LA ADECUACIÓN DEL PUNTO ELÉCTRICO EN LA UNIDAD DE DESTINO DEL EQUIPO.						
VALIDACION ANUAL POR CADA AÑO DE GARANTÍA, DE MÍNIMO LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: Calificación de Instalación (IQ), Calificación operacional (OQ) y Calificación de Desempeño (PQ)						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
UNA SELLADORA CON LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES:						
APTA PARA TODO TIPO DE BOLSAS DE EMPAQUE DE ESTERILIZACION						
CONTROL DE LA TEMPERATURA DIGITAL						
VISUALIZACION DIGITAL DE LA TEMPERATURA						
SISTEMA DE BLOQUEO DE PARAMETROS						
FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE						
ALIMENTACION ELECTRICA DE LA SELLADORA 110-120V 60HZ O 220V INCLUYENDO LA ADECUACIÓN DEL PUNTO ELÉCTRICO EN LA UNIDAD DE DESTINO DEL EQUIPO O ELEVADOR DE VOLTAJE PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS.						
UNA CORTADORA, (SE ACEPTARÁ SELLADORA Y CORTADORA INTEGRADA) CON LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES TECNICAS:						
TIPO SOBREMESA DE OPERACIÓN HORIZONTAL, MINIMO DE 60CM						
MATERIAL EN ACERO INOXIDABLE						
UNA CUCHILLA DE DOBLE FILO EN ACERO INOXIDABLE COMPATIBLE CON LA CORTADORA						
SOPORTE DE PAPEL DE MINIMO CUATRO ROLLOS EN ACERO INOXIDABLE						
ACCESORIOS ESTERILIZADOR:						
CUATRO EMPAQUES PARA PUERTA PRICIPAL DE LOS ESTERILIZADORES						
MINIMO CINCO UNIDADES DE PAPEL PARA LA IMPRESORA						
UN CARRO PARA CARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE AISI 304, CON FRENO						
UN CARRO PARA DESCARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE AISI 304, CON FRENO						
UN CHASIS O RACK DE CARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE AISI 304, DOBLE ESTANTE						
SEIS CANASTILLAS O SEIS CESTAS DE CARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE						
DOS FILTROS HEPA PARA LA ENTRADA DE AIRE						
UPS DE RESPALDO PARA EL SISTEMA DE MONITORIZACION DEL ESTERILIZADOR						
GARANTÍA DE 2 AÑO, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR						

TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.			
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			
ITEM 2			
ESTERILIZADOR DE BAJA TEMPERATURA	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
ESTERILIZADOR DE BAJA TEMPERATURA CON MICROPROCESADOR 0 PLC			
CÁMARA RECTANGULAR O CILINDRICA DE ESTERILIZADOR			
CON CAPACIDAD DE 120 LT O MÁS,			
TEST DE VACIO QUE GARANTICE HERMETICIDAD EN LA CAMARA			
SIN EMISIONES NOCIVAS AL AMBIENTE.			
PROGRAMAS Y/O APLICACIONES:			
ESTERILIZACIÓN SUPERFICIAL DE MATERIAL SIMPLE ENTRE 24-50 MINUTOS.			
ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL COMPLEJO ENTRE 30 A 62 MINUTOS.			

ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL Y MATERIAL COMPLEJO ENTREE 40 A 60 MINUTOS.						
TEST DE VACIO QUE GARANTICE HERMETICIDAD EN LA CAMARA						
PANTALLA LCD QUE PERMITA VISUALIZAR:						
- ESTADO DE CICLO.						
- TEMPERATURA Y PRESIÓN DE LA CÁMARA.						
- AGENTE ESTERILIZANTE: PERÓXIDO						
- CONCENTRACIÓN DE AGENTE ESTERILIZANTE. (OPCIONAL)						
FASES DE CICLO ESTERILIZACION REQUERIDOS: PREPARACION, VACIO, INYECCION, DIFUSION Y PREPARACION						
REGISTRADOR GRAFICO O IMPRESORA INTEGRADA						
ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES						
ALIMENTACIÓN ELECTRICA TRIFÁSICA						
UPS DE RESPALDO PARA EL SISTEMA DE MONITORIZACION DEL ESTERILIZADOR						
DOBLE PUERTA MANUAL Y/O AUTOMATICO						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
DOS (2) CANASTILLAS DE CARGA SEGÚN VOLUMEN DE LA CÁMARA.						
DIEZ (10) UNIDADES DE PAPEL PARA IMPRESIÓN						
AGENTE ESTERILIZANTE PARA CIEN (100) CARGAS						
10 ROLLOS PAPEL TYVEK PARA ESTERILIZACIÓN A BAJA TEMPERATURA CON PEROXIDO DE HIDROGENO DE 70 A 100 MTS DE LARGO X 200 MM DE ANCHO						
10 ROLLOS PAPEL TYVEK PARA ESTERILIZACIÓN A BAJA TEMPERATURA CON PEROXIDO DE HIDROGENO DE 70 A 100 MTS DE LARGO X 150 MM DE ANCHO						
10 CINTA CONTROL PARA ESTERILIZACIÓN A BAJA TEMPERATURA CON PEROXIDO DE HIDROGENO						
UNA SELLADORA CON LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES:						
APTA PARA TODO TIPO DE BOLSAS DE EMPAQUE DE ESTERILIZACION						
CONTROL DE LA TEMPERATURA DIGITAL						
VISUALIZACION DIGITAL DE LA TEMPERATURA						
SISTEMA DE BLOQUEO DE PARAMETROS						
FABRICADA EN ACERO INOXIDABLE						
ALIMENTACION ELECTRICA DE LA SELLADORA 110-120V 60HZ O 220V INCLUYENDO LA ADECUACIÓN DEL PUNTO ELÉCTRICO EN LA UNIDAD DE DESTINO DEL EQUIPO O ELEVADOR DE VOLTAJE PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS.						
GARANTÍA DE 2 AÑO, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
EL OFERENTE GARANTIZA LA INSTALACION PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO CONTANDO CON LAS ADECUACIONES SEGÚN CORRESPONDA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						

ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			

ITEM 3 **TERMODESINFECTADORA**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
ESTRUCTURA EN ACERO INOXIDABLE			
CAMARA DE LAVADO EN ACERO INOXIDABLE CON ILUMINACION (OPCIONAL LA ILUMINACIÓN)			
DOBLE PUERTA EN VIDRIO PARA CARGUE Y DESCARGUE CON SISTEMA DE SEGURIDAD			
CAPACIDAD DE CAMARA DE LAVADO MAXIMA DE VOLUMEN 200-300 LITROS			
SISTEMA CON MICROPROCESADOR CON MINIMO 4 PROGRAMAS DE LAVADO Y DESINFECION			
SISSTEMA DE PANEL DE CONTROL TACTIL			
SISTEMA DE ALARMAS AUDIOVISUALES EN CASO DE FALLAS			
MINIMO DOS NIVELES DE LAVADO INDEPENDIENTES			
DOSIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS DETERGENTES MEDIANTE 2 BOMBAS PERISTÁLTICAS: UNA PARA EL DETERGENTE LÍQUIDO ALCALINO Y OTRA PARA EL NEUTRALIZADOR			
SISTEMA DE CONTROL DE ESPUMA			
TEMPERATURA PROGRAMABLE DEL AGUA			

TEMPERATURA PROGRAMABLE DE SECADO						
SECADO CON FILTRO HEPA						
SISTEMA DE OSMOSIS INVERSA CON ABLANDADOR DE AGUA Y REGENERACIÓN VOLUMÉTRICA AUTOMÁTICA GRANTIZANDO LA CORRECTA CALIDAD DE AGUA UTILIZADA PARA LOS PROCESOS DE LAVADO Y DESINFECCIÓN SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE CADA FABRICANTE QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO EFICIENTE Y CONTINUO DEL EQUIPO DURANTE SU VIDA UTIL						
ANTI-SHOCK TÉRMICO Y AISLAMIENTO ACÚSTICO (OPCIONAL)						
CONSUMO DE AGUA FRÍA CICLO O FASE DE LLENADO MAXIMO 25 LITROS						
CONSUMO DE AGUA CALIENTE CICLO O FASE DE LLENADO MAXIMO 40 LITROS						
CONSUMO DE AGUA DESMINERALIZADA CICLO O FASE DE LLENADO MAXIMO 25 LITROS						
SISTEMAS DE CONEXIÓN DE AGUA CALIENTE FRIA DESMINERALIZADA Y DRENAJE						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
UNA IMPRESORA						
UN RACK PARA LAVADO DE INSTRUMENTAL GENERAL						
UN RACK PARA INSTRUMENTAL CAUCHOS TERAPIA RESPIRATORIA						
UN RACK PARA LAVADO DE INSTRUMENTAL ENDOSCOPIA O MICROCIRUGIA						
DOS CANASTILLAS EN ACERO INOXIDABLE						
UN CARRO PARA CARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE AISI 304, CON FRENO						
UN CARRO PARA DESCARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE AISI 304, CON FRENO						
UN CHASIS O RACK DE CARGA, ORIGINAL DE FABRICA EN ACERO INOXIDABLE AISI 304, DOBLE ESTANTE						
ALIMENTACION ELECTRICA DE LA TERMODESINFECTADORA 220V 50/60Hz INCLUYENDO LA ADECUACIÓN DEL PUNTO ELÉCTRICO EN LA UNIDAD DE DESTINO DEL EQUIPO.						
GARANTÍA DE 2 AÑO, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante. (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN).						
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN						

EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			

GRUPO 2. REHABILITACION

ITEM 4 **ELECTROESTIMULADOR**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
MINIMO DIEZ PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ELECTROTERAPIA			
MINIMO DOS CANALES DE TRABAJO INDEPENDIENTES			
LAPIZ DE PUNTO MOTOR			
DISPLAY PARA LA VISUALIZACION DE PARAMETROS MINIMO 7"			
MINIMO LAS SIGUIENTES FORMAS DE ONDAS			
INTERFERENCIAL DE CUATRO POLOS			
INTERFERENCIAL DE DOS POLOS			
TENS SIMETRICO			
TENS ASIMETRICO			
CORRIENTE PULSADA			
MICROCORRIENTE			
CORRIENTE GALVANICA			
CORRIENTE RUSA			

ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
CARRO ORIGINAL DEL EQUIPO ELECTROESTIMULADOR						
CUATRO KITS DE ELECTRODOS DE CARBONO PEQUENOS CABLE DE PACIENTE						
CUATRO KITS DE						

ELECTRODOS DE CARBONO MEDIANOS CON CABLE DE PACIENTE						
CUATRO KITS DE ELECTRODOS DE CARBONO GRANDES CON CABLE DE PACIENTE						
DIEZ JUEGOS DE ELECTRODOS ADHESIVOS						
DOS CABLES POR CADA CANAL DEL EQUIPO						
DOS FAJAS ELASTICAS MINIMO DE 1 METRO						
DOS FAJAS ELASTICAS MINIMO DE 60 CM						
ALIMENTACION ELECTRICA 110-120V 60HZ						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.						
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS						
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA						
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.						
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA						

POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).					
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.					
ITEM 5 **EQUIPO DE TRACCIÓN CERVICAL**				**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
PANTALLA DIGITAL O DISPLAY PARA LA VISUALIZACION DE PARAMETROS MINIMO 4"						
PROTOCOLOS CLÍNICOS CERVICAL Y LUMBAR						
DESCOMPRESIÓN VERTABRAL CERVICAL Y LUMBAR						
PERSONALIZACIÓN DE PROTOCOLOS CERVICAL Y LUMBAR						
MOTOR DE VELOCIDAD VARIABLE						
CONTROL DE TEMPORIZADOR INDEPENDIENTE PARA PRE-TENSIÓN, TRACCIÓN Y REGRESIÓN						
VARIACIÓN AUTOMÁTICA DE VELOCIDAD DURANTE LA FASE PROGRESIVA						
TIRONES DE GRADIENTE, OSCILACIONES Y RANGO DE MOVIMIENTO PROGRESIVO						
MESA DE TRACCIÓN						
BARRAS DE AGARRE PLEGABLES O FIJAS PARA TRACCIÓN (OPCIONAL)						
ANGULACIÓN DEL CABEZAL						
CONTROL ELECTRICO DE PIE Y/O MANO PARA AJUSTE DE LA MESA						
SEGURIDAD DE BLOQUEO						
BOTÓN DE PARADA DE EMERGENCIA PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE (OPCIONAL)						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
UN ARNES DESCOMPRESIÓN (TRACCIÓN) LUMBAR						
UN DISPOSITIVO DE TRACCIÓN CERVICAL						
UN JUEGO DE ALMOHADA DIFERENTES TAMAÑOS O BANCO (TABURETE AJUSTABLE) PARA PIERNAS						
UNA TOALLA 100X180 CM						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora						

Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. **NOTA:** * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			

ITEM 6 **EQUIPO LASER PARA MANEJO DEL DOLOR**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
DISPLAY PARA LA VISUALIZACION DE PARAMETROS MINIMO 4"			
EMISION DE LASER ENTRE 600 A 950 NANOMETROS			
MINIMO 6 PROTOCOLOS CLINICOS PREPROGRAMADOS			
SISTEMA DE EMISION CONTINUA Y PULSADA			
FRECUENCIA DE PULSO EN LOS PARAMETROS DE 10000 HZ O MEJOR			
PUNTA DE EMISION METALICA EN MATERIAL INOXIDABLE Y/O BRONCE			
CONTROL DE EMISION Y POTENCIA CONTROLADA POR MICROPROCESADOR			
CALCULO AUTOMATICO DEL TIEMPO DE EXPOSICION DE LA RADIACION LASER			
APLICADOR LASER ENTRE 650 Y 690 NM A MINIMO 10 mW O APLICADOR LASER 830 NM de 200 mW			
APLICADOR LASER ENTRE 820 Y 860 NM A MINIMO 100 Mw O APLICADOR LASER 830 NM de 300 mW			
APLICADOR LASER ENTRE 900 Y 960 NM A MINIMO 300 mW O APLICADOR LASER 830 NM de 400 mW			
APLICADOR LASER MINIMO 680 NM de 400 mW (OPCIONAL SEGUN TECNOLOGIA)			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO DE CONTACTO INTEGRADO O EXTERNO			
DETECTOR DE EMISION LASER INCORPORADO			

ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
DOS LENTES DE						

PROTECCION DE EMISION LASER						
UN CARRO ORIGINAL DEL EQUIPO						
ALIMENTACION ELECTRICA 110-120V 60HZ						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.						
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS						
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA						
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.						
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).						
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE						

REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			

GRUPO 3. CONSULTA EXTERNA			
ITEM 7			
DESFIBRILADOR CON MARCAPASOS	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
1. CONDICIONES GENERALES			
DESFIBRILADOR BIFÁSICO CON MONITOREO MULTIPARAMÉTRICO.			
RANGO MÁXIMO DE DESCARGAS HASTA 200 JOULES O MÁS CON SISTEMA DE SEGURIDAD DE DESCARGA POR IMPEDANCIA.			
DESFIBRILACIÓN SELECCIONABLE MANUAL Y MODO SEMIAUTOMÁTICO (MODO DEA), CARDIOVERSIÓN Y MONITOREO CONTINUO.			
CON SELECTOR DE NIVEL DE ENERGÍA PARA DESCARGA.			
CAPACIDAD DE AUTO DESCARGA CUANDO NO SE UTILICE EN UN PLAZO MÁXIMO DE 60 SEGUNDOS.			
CON SISTEMA PARA PROBAR ENERGÍA DE DESCARGA O PRUEBA AUTOMÁTICA DEL DESFIBRILADOR.			
TIEMPO DE CARGA DE 7 SEGUNDOS O MENOR PARA MÁXIMA ENERGÍA CON BATERÍA O RED AC.			
RECUPERACIÓN DE LA LÍNEA BASE DESPUÉS DE UNA DESCARGA DE DESFIBRILACIÓN EN 5 SEGUNDOS O MENOS.			
PANTALLA LCD A COLOR O TECNOLOGÍA SUPERIOR DE 14 CM (5.6 PULGADAS) COMO MÍNIMO.			
CON DESPLIEGUE NUMÉRICO Y DE ONDA DE FRECUENCIA CARDIACA Y TRAZO DE ECG SELECCIONABLE ENTRE 7 DERIVACIONES: (DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF Y V).			
VARIACIÓN DE AMPLITUD DE ONDA.			
DESPLIEGUE DE PARÁMETROS EN PANTALLA.			
CONECTOR DE CABLE DE PACIENTE DE CINCO LEADS			
ELECTRODOS (PALAS) CONVERTIBLES ADULTO/PEDIÁTRICAS QUE DETECTEN ACTIVIDAD ELECTROCARDIOGRÁFICA.			
CON DESCARGA DESDE LAS PALAS Y DESDE EL PANEL DE CONTROL.			
BOTÓN DE CARGA DESDE LAS PALAS Y DESDE EL PANEL DE CONTROL.			
CON POSIBILIDAD DE USO DE ELECTRODOS AUTO ADHERIBLES PARA DESFIBRILACIÓN.			
ALARMAS AJUSTABLES:			
- DE ALTERACIONES EN LA FRECUENCIA CARDIACA.			
- DE DESCONEXIÓN DEL PACIENTE.			
- DEL NIVEL DE CARGA DE LA BATERÍA.			
IMPRESORA INTEGRADA:			
- CON CAPACIDAD DE IMPRIMIR TRAZO DE ECG E INFORMACIÓN RELATIVA AL EVENTO REGISTRADO.			
- MODO DE OPERACIÓN MANUAL O AUTOMÁTICO SELECCIONABLE POR EL USUARIO.			
BATERIA INTEGRADA RECARGABLE. QUE PERMITA DAR MÁS DE 50 DESCARGAS MÁXIMA Y/O 180 MINUTOS DE MONITOREO CONTINUO O 120 MINUTOS DE USO DE MARCAPASOS EN MODO FIJO.			
2. MARCAPASOS EXTERNO			
INTEGRADO QUE USE ELECTRODOS AUTO ADHERIBLES.			
CON AMPLITUD DEL PULSO SELECCIONABLE EN UN RANGO DE 20 MA O MENOR A 140 MA O MAYOR.			
DURACIÓN DE PULSO DE 40 MILISEGUNDOS O MENOR.			
FRECUENCIA AJUSTABLE EN EL RANGO DE 40 PULSOS POR MINUTO O MENOR HASTA 170 PULSOS POR MINUTO O MAYOR.			
CON ACTIVACIÓN POR MODOS; FIJO (O ASINCRÓNICO) Y A DEMANDA (O SINCRÓNICO).			
3. ALIMENTACIÓN ELECTRICA			
ALIMENTACIÓN ELÉCTRICOS 110-120 V CA, 60 HZ CABLE AC CONEXIÓN – COLOMBIA.			

ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
TRES (3) CABLES DE EKG DE 5 LEADS.						
CIEN (100) UNIDADES DE ELECTRODOS DESECHABLES DE EKG						
VEINTE (20) ELECTRODOS DESECHABLES PARA DESFIBRILACIÓN (PARA PACIENTE ADULTO)						
VEINTE (20) ELECTRODOS DESECHABLE PARA MARCAPASOS						

DIEZ (10) UNIDADES DE PAPEL PARA LA IMPRESORA.						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.						
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS						
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA						
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.						
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).						
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL						

DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.						
ITEM 8						
ELECTROCARDIÓGRAFO				**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
1. CONDICIONES GENERALES						
ELECTROCARDIÓGRAFO DE TRES CANALES CON PANTALLA LCD DE MÍNIMO 4.3" O SUPERIOR.						
VISUALIZACIÓN DE DOCE (12) DERIVACIONES.						
TECLADO Y /O PANTALLA TÁCTIL.						
VELOCIDAD DEL REGISTRO DE 25 Y 50 MM/SEG.						
SENSIBILIDAD DEL REGISTRO DE 5, 10, 20 O 25 MM/MV.						
INTERPRETACIÓN AUTOMÁTICA PARA PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO. (NEONATAL - OPCIONAL).						
SISTEMA DE GRABACIÓN Y MEMORIA ALMACENADORA DE ESTUDIOS QUE PERMITA RECUPERAR, OBSERVAR E IMPRIMIR ECG.						
SISTEMA DE DETECCIÓN DE MALA CONEXIÓN DE ELECTRODOS O ARTEFACTOS.						
FRECUENCIA DE MUESTREO DE 500 HZ O MAYOR.						
FILTROS DE LÍNEA DE 60HZ, EMG 35HZ O 40HZ Y DE BASE.						
PROTECCIÓN CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR.						
DETECCIÓN DE MARCAPASOS.						
IMPRESIÓN TÉRMICA DE 12 DERIVACIONES.						
BATERÍA RECARGABLE CON UNA DURACIÓN MÍNIMA DE 60 MINUTOS O QUE PERMITA REALIZAR MÍNIMO 25 REGISTROS.						
CON CONECTIVIDAD A OTROS SISTEMAS DE DATOS.						
3. REQUERIMIENTOS ADICIONALES						
ELÉCTRICOS, 110-120 V CA, 60 HZ CABLE AC CONEXIÓN – COLOMBIA. IDIOMA;						
LOS TEXTOS Y FUNCIONES EN PANTALLA Y PANEL DE CONTROL EN IDIOMA CASTELLANO.						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
TRES (3) CABLES DE PACIENTE DE 10 LEADS.						
TRES (3) JUEGOS DE ELECTRODOS PARA MIEMBROS SUPERIOR E INFERIOR, REUSABLES. (ADULTOS)						
TRES (3) JUEGOS DE ELECTRODOS PARA MIEMBROS SUPERIOR E INFERIOR, REUSABLES. (PEDIATRICOS)						
TRES (3) JUEGOS DE ELECTRODOS PRECORDIALES, REUSABLES. (ADULTOS)						
TRES (3) JUEGOS DE ELECTRODOS PRECORDIALES, REUSABLES. (PEDIATRICOS)						
CIEN (100) ELECTRODOS ADHERIBLES PARA EKG.						
DIEZ (10) UNIDADES DE PAPEL PARA IMPRESIÓN.						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						

ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			
ITEM 9			
MONITOR DE SIGNOS VITALES BASICO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
1. CONDICIONES GENERALES			
MONITOR DE SIGNOS VITALES PARA NEONATOS, PEDIÁTRICOS Y ADULTOS.			
CON PANTALLA LCD TFT, TÁCTIL, COLOR, 10" O MÁS.			
CON CAPACIDAD PARA CONECTARSE A RED DE MONITOREO.			
TOMA DE PRESIÓN NO INVASIVA NIBP DE MODO MANUAL Y AUTOMÁTICO A DIFERENTES INTERVALOS DE TIEMPO.			
DESPLIEGUE NUMÉRICO Y DE GRÁFICAS FISIOLÓGICAS EN PANTALLA, AL MENOS 4 CURVAS SIMULTÁNEAS.			
ECG, QUE PERMITA EL DESPLIEGUE SIMULTÁNEO DE AL MENOS 2 CURVAS A ELEGIR DE ENTRE 3 DERIVACIONES O MÁS.			
FRECUENCIA CARDIACA.			
CAPACIDAD DE DETECCIÓN AUTOMÁTICAS DE DIFERENTES ARRITMIAS.			
FRECUENCIA RESPIRATORIA.			
SATURACIÓN DE OXÍGENO (SPO2). QUE EMPLEE ALGORITMOS DE SATUROMETRIA, RECONOCIDOS Y UTILIZADOS EN DISTINTAS MARCAS DE MONITORES.			

PRESIÓN NO INVASIVA (NIBP) (SISTÓLICA, DIASTÓLICA Y MEDIA).						
TENDENCIAS GRÁFICAS Y/O NUMÉRICAS DE LOS PARÁMETROS.						
ALMACENAMIENTO EN MEMORIA DE LAS MEDICIONES REALIZADAS.						
SISTEMA DE PROTECCION CONTRA DESCARGAS ELECTRICAS A PRUEBA DE DESFIBRILADORES.						
PROTECCIÓN CONTRA INTERFERENCIAS DE UNIDADES ELECTRO QUIRÚRGICAS Y DESCARGAS DE DESFIBRILADORES.						
2. ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES						
SATURACIÓN DE OXÍGENO.						
FRECUENCIA CARDIACA.						
PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (SISTÓLICA, DIASTÓLICA).						
FRECUENCIA RESPIRATORIA.						
3. PRECISION O RESOLUCIÓN						
FC= IGUAL O MENOS A 5 LATIDOS POR MINUTO.						
NIBP= IGUAL O MENOS A 6MMHG.						
SPO2= IGUAL O MENOS A 2 %.						
4. REQUERIMIENTOS ADICIONALES						
ELÉCTRICOS, 110-120 V CA, 60 HZ CABLE AC CONEXIÓN – COLOMBIA.						
BATERÍA RECARGABLE DE 2 HORAS DE AUTONOMÍA MÍNIMO.						
IDIOMA, LOS TEXTOS Y FUNCIONES EN PANTALLA Y PANEL DE CONTROL EN IDIOMA CASTELLANO.						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
TRES (3) SENSORES DE SPO2. POR CADA MONITOR						
TRES (3) CABLES DE EKG DE 5 LEADS SIN CONEXIONES INTERMEDIAS (NO LATIGUILLOS SEPARABLES). POR CADA MONITOR						
TRES (3) SENSORES DE TEMPERATURA REUTILIZABLES O CINCO (5) CAJAS X 20 DESECHABLES. POR CADA MONITOR						
JUEGOS DE BRAZALETES NIBP; LIBRE DE LATEX, EN MATERIAL ANTI ALÉRGICO. ASÍ:						
- TRES (3) PARA ADULTO ESTANDAR.						
- TRES (3) PARA ADULTO OBESO.						
- TRES (3) PARA JOVEN.						
- TRES (3) PARA INFANTE.						
DOS (2) MANGUERAS EXTENSIÓN NIBP. POR CADA MONITOR						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. •.LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe						

ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			
GRUPO 4. EQUIPOS POR ITEM			
ITEM 10 EQUIPO ELECTROFISIOLOGIA CLINICA (EQUIPO DE POTENCIALES EVOCADOS)	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
EQUIPO DE POTENCIALES EVOCADOS Y OTOEMISIONES ACÚSTICAS			
SOFTWARE PARA CREAR PLANTILLAS DE REPORTE PERSONALIZADAS			
USB: ENTRADA Y SALIDA PARA COMUNICACIÓN DEL COMPUTADOR.			
MEMORIAS DE LA BASE DE DATOS			
INTERVALO DE FRECUENCIA: 500-10.000 HZ			
NIVEL: 30 A 80 DB SPL			
TRANSDUCTOR: AUTO DETECCIÓN DE SONDA			
CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA. **(opcional)**			
TIEMPO DE ANÁLISIS: MÍNIMO 2 SEG			
RESOLUCIÓN A/D: 24 BITS y/o 16 BITS, CON RESOLUCIÓN ENTRE 3,7 HZ A 5.38 HZ			
VENTANA DE COMPROBACIÓN: 256 PUNTOS DEL CANAL AUDITIVO POR ESTIMULO CLIC			
VENTANA DE RESPUESTA: RESPUESTA DE FRECUENCIA 4096 PUNTOS.			
EQUIPO DE 2 CANALES			
HARDWARE INMUNE AL RUIDO			
PRE AMPLIFICADOR QUE GARANTIZA EL RENDIMIENTO OPTIMO EN ENTORNOS HOSTILES DESDE EL PUNTO DE VISTA ELÉCTRICO.			
MÓDULOS DE (LATENCIAS TEMPRANAS, MEDIAS Y TARDÍAS, P300, ECOCHG), EP15 (LATENCIAS TEMPRANAS), ABRIS, ASSR (EVALUACIÓN DE UMBRALES), OEA (PRODUCTO DE TRASCIENDE O DISTORSIÓN) Y			

VEMP (POTENCIALES DE PRODUCTOS MIOGÉNICOS).						
COMPATIBLE CON WINDOWS 8, 7, VISTA Y XP.						
INTERFACES, DISEÑO IDÓNEO Y LIBERTAR DE PERSONALIZAR PROTOCOLOS Y AJUSTES.						
ESTIMULO DE BANDA ANCHA; CE-CHIRP CON COMPENSACIÓN DEL RETRASO COCLEAR.						
CLICS. RANGO DE 0.1 A 80.1 POR SEGUNDO, TONO BURST Y CLIC. ESTIMULO CE-CHIRP, MEJORA LA AMPLITUD DEL TAMAÑO DE LA ONDA.						
PROTOCOLOS AUTOMÁTICOS						
MODULO EP25 ESTÍMULOS EN IMPLANTES COCLEARES.						
GRABACIONES ECOCHG CON MARCADORES. LATENCIA MEDIA, LATENCIA TARDÍA, VEMP.						
SENSIBILIDAD 99.9%						
OEA QUE MANEJEN RANGO DE FRECUENCIA DE 500-8000 HZ, RESOLUCIÓN DE FRECUENCIA 50HZ, SONDA LIGERA CON UN NIVEL DE RUIDO INTERNO BAJO, FÁCIL DE COLOCAR EN EL OÍDO.						
ALIMENTACION ELECTRICA 110-120V 60HZ						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
COMPUTADOR DE ESCRITORIO O PORTATIL MIN 15" PULGADAS COMPATIBLE CON EL EQUIPO OFERTADO						
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.						
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS						
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA						
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE						

DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			
ITEM 11			
RAYOS X PORTATIL	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
1. CONDICIONES GENERALES			
1. GENERADOR:			
TIPO MOTORIZADO CON VELOCIDAD DE MOVIMIENTO DE 1 A 5KM/H			
POTENCIA DE SALIDA MINIMO 40 KW			
GENERADOR DE ALTA FRECUENCIA			
RANGO DE KV DESDE MÍNIMO 40KV A 130 KV O SUPERIOR			
CORRIENTE MÁXIMA: 300MA O SUPERIOR			
RANGO DE MAS: DESDE 0,5 MAS O MENOR Y HASTA 320 MAS O SUPERIOR			
TIEMPO DE EXPOSICIÓN: 0.001 A 10SEG			
2. TUBO:			
ÁNODO GIRATORIO CON CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO TÉRMICO **MÍNIMO** 100.000 HU			
PUNTO FOCAL FINO DE MÁXIMO 0,6MM			
PUNTO FOCAL GRUESO DE MÁXIMO 1.5MM			
3. COLIMADOR:			
COLIMADOR MANUAL CON LÁMPARA DE LUZ Y ROTACIÓN DE +90° A 90°			
4. MOVIMIENTOS DEL TUBO:			
ROTACIÓN DE LA COLUMNA +/- 320° O SUPERIOR			
ROTACIÓN DEL TUBO DE RX DE +/- 90° O SUPERIOR			
DISTACIA FOCO-PISO (SID) 200 CM O SUPERIOR			
5. DETECTOR:			
CON CENTELLADO DE YODURO DE CESIO			
TAMAÑO MÍNIMO DEL DETECTOR DEBE SER DE 17 X 17 PULGADAS			
TAMAÑO DEL PIXEL MÁXIMO 110UM			
MATRIZ ACTIVA MAYOR O IGUAL DE 3000 X 3000 PIXELES			
CONVERSION ANÁLOGO A DIGITAL DE 14 BITS MINIMO			
TIEMPO DE CARGA DE LA BATERIA DEL DETECTOR: MÁXIMO 4 HORAS PARA EL 100% DE LA CARGA.			
BATERIA RECARGABLE			
6. CONECTIVIDAD:			
CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO EN DISCO DURO MÍNIMO 9,500 IMÁGENES			
2 PUERTOS USB EXTERNOS			
CONECTIVIDAD DICOM, DICOM SEND, DICOM WORKLIST, DICOM MPPS, DICOM PRINT.			
7. CONSOLA:			
PANTALLA TÁCTIL DE MÍNIMO 21"			
RESOLUCIÓN 1920 X 1080 O MAYOR			
8. OTRAS CARACTERÍSTICAS:			
TIEMPO DE ENCENDIDO MENOR A 120 S.			
PROTOCOLO PARA PROCESAMIENTO DE IMAGENÉS, ESPECIALMENTE TÓRAX			
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO			

Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA			
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.			
EL CONTRATISTA CERTIFICA QUE REALIZARA LAS ACTUALIZACIONES DE SOFTWARE REQUERIDAS POR EL EQUIPO, SIN NINGUN COSTO, DURANTE EL TIEMPO DE GARANTÍA			
EL CONTRATISTA CERTIFICA QUE ENTREGARÁ A LA ENTIDAD, UNA VEZ SEA ENTREGADO E INSTALADO EL EQUIPO Y PREVIA COORDINACIÓN CON EL INGENIERO BIOMÉDIO O RESPOSABLE DE EQUIPO BIOMÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POLICIAL, DOCUMENTO QUE CONTENGA LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS INICIALES DE CARACTERIZACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE DICHO EQUIPO O EQUIPOS, DONDE SE INCLUYA EL CONTROL DE CALIDAD. LO ANTERIOR, TRATÁNDOSE DE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE NUEVOS, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 482 DEL 2018.			
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. *. PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE.			

* En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			
ITEM 12			
UNIDAD DE EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA INCLUYE SET INSTRUMENTAL OTORRINOLARINGOLOGÍA	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
ESTRUCTURA EN ACERO Y/O POLICARBONATO			
CAJONERA CON CALEFACCION PARA INSTRUMENTAL QUIRURGICO MINIMO DOS BANDEJAS			
DOS BANDEJAS PARA SOPORTAR INSTRUMENTAL MINIMO 280 x 180 MM O MAYOR			
MINIMO CINCO CAJONES PARA ALMACENAMIENTO			
UN CAJÓN PARA RESIDUOS QUE CONTENGA CUBETA ACERO INOXIDABLE Y/O PLÁSTICO CON TAPA PARA ELEMENTOS SUCIOS			
CALENTADOR PARA ESPEJOS Y ENDOSCOPIOS			
CONEXIÓN PARA BINOCULAR PARA NISTAGMOGRAFIA INTEGRADOS EN LA UNIDAD			
SOPORTE CON MICROSCOPIO INTEGRADO A LA UNIDAD DE LA MISMA MARCA, CON ILUMINACIÓN LED INTEGRADO EN LA CABEZA DEL MICROSCOPIO, CON REFRIGERACIÓN PASIVA, SIN VENTILADOR VIDA ÚTIL LED: 50.000 H, TEMPERATURA DE COLOR: 5.500 K O MAYOR, OBJETIVO MINIMO 200 MM (ENFOQUE FINO MANUAL O INTEGRADO MINIMO 14 MM-17mm), CAMBIADOR DE AUMENTOS DE 5 PASOS, BINOCULAR, TUBO RECTO 10X, COMPENSACIÓN DIOPTRÍAS. DISTANCIA INTER PUPILAR 55-75 MM, OCULAR DE CAMPO AMPLIO DE 10 X, MANGO EN T, STAND INTEGRADO A LA UNIDAD			
MONITOR PC			
GRADO MEDICO			
PANTALLA DE MINIMO 15 "PULGADAS O MEJOR			
FORMATO FULL HD			
RESOLUCIÓN DE PANTALLA 1920 X 1080 PX (PIXELES)			
ENTRADAS O CONECTOR DIGITAL HDMI Y USB O DVI			
PANEL DE PROTECIÓN FRONTAL INTEGRADO EN EL MONITOR			
ANGULO DE VISIÓN DE MINIMO 178° O MEJOR			
CABLE DE ALIMENTACION			
UNIDAD DE SUCCIÓN:			
VACIO MINIMO DE 55 L/MIN -			
BOTON GIRATORIO SITUADO EN EL PANEL DE CONTROL FRONTAL Y/O VACUOMETRO DE LA UNIDAD PARA REGULAR EL VACIO			
CONTENEDOR DE LÍQUIDOS O DEPOSITO DE SECRECIONES DE MINIMO UN LITRO CON SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LLENADO CON VACIADO AUTOMATICO			
UN TUBO DE ASPIARCIÓN Y UN ADAPATADOR DE CANULA			
RECIPIENTE PARA LAVADO DE OIDO			
SISTEMA DE VACIADO AUTOMÁTICO DEL CONTENEDOR DE LÍQUIDOS CON INTERVALOS DE VACIO REGULAR, CON SISTEMA DE DRENAJE.			
EQUIPO DE LAVADO DE LOS TUBOS DE SUCCIÓN INTEGRADO: CON ADAPTADOR Y RESERVA PARA LIQUIDO DE DESINFECCIÓN			
UNIDAD DE AIRE COMPRIMIDO:			
COMPRESOR INTEGRADO DE MINIMO 2BAR			
AJUSTE PRECISO E INDICACIÓN DEL AIRE COMPRIMIDO EN EL PANEL FRONTAL, MANOMETRO CON INDICADOR DE PRESIÓN			
UNA PIEZA DE MANO TIPO PISTOLA			
CON PULVERIZADOR PARA MEDICAMENTOS EN POLVO ,OLEOSOS.			
SISTEMA DE IRRIGACION DE AGUA CALIENTE AJUSTABLE ENTRE 36° A 38°, CON TEMPORIZADOR DE 1-99 SEGUNDOS Y MINIMO 2 AJUSTES DE TEMPERATURA ENTRE 20 - 47°C O SISTEMAS DE IRRIGACIÓN MANUALES			
ESTROBOSCOPIO LED INTEGRADO EN LA UNIDAD:			
PANEL FRONTAL CON INDICADOR DE MOVIMIENTO, IMAGEN CONGELADA Y LUZ PERMANENTE			
CONEXIÓN PARA MICROFONO			
CON MICROFONO LARNGEO CON FRECEUNCAI FLASH DE 70-1000 HZ O MEJOR			
DISPLAY DE FRECUENCIA E INTENSIDAD SONORA			
CONEXIÓN PARA FUENTE DE LUZ LED			
CABLE DE FIBRA OPTICA COMPATIBLE CON LA FUENTE DE LUZ			
FUENTE DE LUZ CON AJUSTE TEMPERATURA DE COLOR: 4000 K A 6500 K			
CENTRO DE ENDOSCOPIA :			
SOPORTE PARA LOS ENDOSCOPIOS			

CUATRO CALENTADORES DE ENDOSCOPIOS QUE PERMITA LA DESINFECCION			
FUENTE DE LUZ LED INTEGRADA A LA UNIDAD			
CABLE DE FIBRA OPTICA AUTOCLAVABLE			
CAMARA :			
VIDEO CAMARA PORTABLE CON CONEXIÓN USB, CON SENSOR INTEGRADO EN EL CABEZAL DE LA CAMARA			
PROCESADOR INTEGRADO EN EL CABEZAL DE LA CAMARA			
CON AJUSTE AUTOMATICO DE LA IMAGEN			
CON CABLE DE CONEXIÓN DESMONTABLE PARA FACIL LIMPIEZA			
CABEZAL DE LA CAMARA IMPERMEABLE			
SISTEMA OPTICO:			
LENTE DE 0° DE 4MM – LONGITUD MAXIMA DE 50 MM PARA OTODCOPIA			
LENTE DE 0° DE 4MM – LONGITUD DE 17CM A 18 CM PARA SINOSCOPIA			
LENTE DE 30° DE 4MM – LONGITUD DE 17CM A 18 CM PARA SINOSCOPIA			
LENTE DE 30° DE 2,7MM – LONGITUD DE 11 CM PARA SINOSCOPIA			
AUTOCLAVABLE			
TELELARINGOSCOPIO:			
CAMPO DE VISION DE MINIMO 70° -			
DIAMETRO DE 10MM			
LONGITUD DE TRABAJO MINIMO 19 CM			
AUTOCLAVABLE			
VIDEO (NASOFIBROLARINGOSCOPIO O NASOLARINGOSCOPIO O NASOFARINGOLARINGOSCOPIO O NASOFARINGOSCOPIO):			
VIDEO (NASOFIBROLARINGOSCOPIO O NASOLARINGOSCOPIO O NASOFARINGOLARINGOSCOPIO O NASOFARINGOSCOPIO), HD FLEXIBLE CON CONEXIÓN USB O CONEXIÓN VNS			
UNA FUENTE DE LUZ LED INTEGRADA			
RESOLUCION DE IMAGEN DE 800 X 800 O MEJOR			
SENSOR DE IMAGEN HD			
BOTONES INTEGRADOS PARA CONTROLAR EL SOFTWARE O CONTROL DEL SOFTWARE ESTÁ INTEGRADO A LA PANTALLA			
CAMPO DE VISION DE 85° O MEJOR			
ANGULACION DE MINIMO 130 ° HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO			
AREA ENFOCADA O VISUAL 2 A 50MM O MEJOR			
DIAMETRO MAXIMO 3,9 MM			
LONGITUD TOTAL DE TRABAJO DE 300 MM O MEJOR			
PROBADOR DE FUGAS			
MODO DE ESPERA O DE REPOSO MONITOR O COMPUTADOR			
PROTECTOR PARA EL CABLE DE CONEXIÓN USB			
ESTERILIZABLE A BAJA TEMPERATURA			
SILLON PARA PACIENTE:			
ALTURA DE LA SILLA AJUSTABLE ELECTRICAMENTE			
CON MOVIMIENTO DE ROTACIÓN DE 360°			
ESPALDAR AJUSTABLE ELECTRICAMENTE			
AJUSTE DEL RESPALDO ENTRE +7° Y -90°, POSICIÓN HORIZONTAL O MEJOR			
CABEZAL AJUSTABLE Y FLEXIBLE			
APOYA BRAZOS ABATIBLES			
APOYA PIES			
BOTON Y/O PEDAL PARA ACTIVACIÓN DE LAS FUNCIONES			
CAPACIDAD DE ELEVACIÓN MÁX. 200 KG			
PEDAL INTEGRADO			
TAPIZADO ASEPTICO DE FACIL LIMPIEZA, RESISTENTE AL DESGASTE Y ABRASIÓN			
EL COLOR DEL TAPIZADO SE DEFINE POSTERIOR A LA ADJUDUCACIÓN			
SILLA PARA MEDICO:			
ESPALDAR AJUSTABLE			
ALTURA DE LA SILLA AJUSTABLE			
MÓVIL SOBRE MINIMO CUATRO RUEDAS			
TAPIZADO ASEPTICO DE FACIL LIMPIEZA, RESISTENTE AL DESGASTE Y ABRASIÓN			
EL COLOR DEL TAPIZADO SE DEFINE POSTERIOR A LA ADJUDUCACIÓN			
FOTOFORO:			
SOPORTE PARA FOTOFORO INTEGRADO A LA UNIDAD			
FOTOFORO DE LUZ LED CON CONEXIÓN DIRECTA A LA UNIDAD			
SISTEMA QUE PERMITA EL AJUSTE DE LUZ			
SISTEMA QUE PERMITA EL AJUSTE DEL TAMAÑO DE LA BANDA A LA CABEZA			
ENFOQUE AJUSTABLE CON DIÁMETROS DE 25 A 55 MM A 25 CM DE DISTANCIA DEL OJO O MEJOR			

INTENSIDAD LUMINOSA MINIMO DE 100.000 LUX						
DURACION DEL LED 50,000H						
BATERIA RECARGABLE						
ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
OTOSCOPIO PORTATILDE FIBRA OPTICA CON 5 ESPECULOS REUSABLES DE 2.5 A 4 MM						
UN BINOCULAR PARA NISTAGMOGRAFIA INTEGRADO A LA UNIDAD						
UN FILTRO DE AGUA LAVABLE						
DÍEZ 10 UNIDADES DE TUBO PARA PULVERIZADOR O 2 UNIDADES DE TUBO REUTILIZABLE						
PEDAL QUE PERMITA EL MANEJO DE LA LUZ, DEL MOVIEMIENTO O CONTROL DIGITAL DESDE LA PANTALLA DEL ESTROBOSCOPIO LED INTEGRADO EN LA UNIDAD						
UNA FUNDA O CONTENEDOR PARA ENDOSOCOPIO FLEXIBLE						
UN CONTENEDOR O CANASTILLA CON TAPA PARA SU PROTECCIÓN DE CADA UNO DE LOS LENTES DEL SISTEMA OPTICO						
UN CONTENEDOR O CANASTILLA CON TAPA PARA SU PROTECCIÓN PARA EL TELELARINGOSCOPIO						
MALETIN PARA TRASNPORTE DE NASOFIBROLARINGOSCOPIO						
DOS BATERIAS RECARGABLES Y UN CARGADOR PARA EL FOTOFORO						
FILTRO BACTERIAL 10 UNIDADES						
INSTRUMENTAL REQUERIDO PARA LA UNIDAD DE OTORRINO, POR CADA EQUIPO OFERTADO COMPUESTO POR:			**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
UNA CANULA DE SUCCION DE OIDO HOUSE O ROSEN DE 0,6 MM DE DIAMETRO, DE 70 MM O 105MM DE LONGITUD						
UNA CANULA DE SUCCION DE OIDO HOUSE O ROSEN DE 0,8 MM DE DIAMETRO, DE 70 MM O 105MM DE LONGITUD						
UNA CANULA DE SUCCION DE OIDO HOUSE O ROSEN DE 1 MM DE DIAMETRO, DE 70 MM O 105 MM DE LONGITUD						
DOS CANULAS DE SUCCION DE OIDO HOUSE O ROSEN DE 1,5 MM DE DIAMETRO, DE 70 MM O 105 MM DE LONGITUD						
DOS CANULAS DE SUCCION DE OIDO HOUSE O ROSEN DE 2 MM DE DIAMETRO, DE 70 MM O 105 MM DE LONGITUD						
UNA CANULA DE SUCCION DE OIDO HOUSE O ROSEN DE 2,5 MM DE DIAMETRO, DE 70 MM O 105 MM DE LONGITUD						
UN ADAPTADOR PARA CANULA DE SUCCION HOUSE DE 52 MM A 60MM (COMPATIBLES CON LAS CANULAS)						
DOS CANULAS DE FRAZIER, CON GUIA, LONGITUD DE 2.6 MM O NUMERO 8, DE 100MM A 130MM DE RAMA						
DOS CANULAS DE FRAZIER, CON GUIA, LONGITUD DE 3.3 MM O NUMERO 10, DE 100MM A 130MM DE RAMA						
DOS CANULA DE FRAZIER, CON GUIA, LONGITUD DE 4 MM O NUMERO 12, DE 100MM A 130MM DE RAMA						
ESPECULO NASAL HARTMANN HALLE O VIENA CON VALVAS DE 33 MM DE LONGITUD, DE 15,5 CM DE LONGITUD TOTAL						
ESPECULO NASAL COTTLE CON VALVAS DE 55 MM DE LONGITUD, DE 14 CM DE LONGITUD TOTAL						
ESPECULO NASAL KILLIAN CON VALVAS DE 75 MM DE LONGITUD, DE 14 CM DE LONGITUD TOTAL						
UNA PINZAS DE DISECCION DE BAYONETA JANSEN DE 17 CM DE LONGITUD						

UNA PINZAS DE DISECCION EN FORMA BAYONETA O GRUENWALD DE 19 CM DE LONGITUD				
UNA PINZA DE DISECCION ADSON CON GARRA, DE 12 CM DE LONGITUD				
UNA PINZA DE DISECCION ADSON SIN GARRA, DE 12 CM DE LONGITUD				
UNA CURETA DE BUCK RECTAS DE DIAMETRO DE 2 MM, DE 15 A 17 CM DE LONGITUD				
UNA CURETA DE BUCK RECTAS DE DIAMETRO DE 3 MM, DE 15 A 17 CM DE LONGITUD				
PINZA DE OIDO DE COPA DE 3 MM, DE 80 CM DE LONGITUD				
PINZA AURICULAR HARTMANN RECTA (COCODRILO) ENTRE 1.6 A 1.8 MM X 6 A 8 MM PUNTA DE LONGITUD ÚTIL 80MM				
MICRO PINZA DE OIDO HARTMANN, MANDUBULAS PEQUEÑAS DELICADAS, DE 0.6 A 0.8MM DE 80CM DE LONGITUD				
UNA TIJERA DE BELLUCCI RECTA DE 8 MM DE HOJAS, DE 80 CM DE LONGITUD				
UN OTOSCOPIO DE HARTMAMM O ESPECULO DE OIDO DE DIAMETRO DE 2 MM, ENTRE **35 MM a 40MM** DE LONGITUD				
UN OTOSCOPIO DE HARTMAMM O ESPECULO DE OIDO DE DIAMETRO DE 3,2 MM, ENTRE **35 MM a 40MM** DE LONGITUD				
UN OTOSCOPIO DE HARTMAMM O ESPECULO DE OIDO HARTMANN DE DIAMETRO DE 4 MM, ENTRE **35 MM a 40MM** DE LONGITUD				
UN OTOSCOPIO DE HARTMAMM O ESPECULO DE OIDO HARTMANN DE DIAMETRO DE 5,3 MM, ENTRE **35 MM a 40MM** DE LONGITUD				
UN ELEVADOR PARA TABIQUE (DISECTOR) DE FREER SIN PERNO AGUDO/ROMO DE 18CM DE LONGITUD				
UN ELEVADOR PARA TABIQUE (DISECTOR) DE COTTLE DELICADO DE 22CM LONGITUD				
UN PORTA AGUJA MAYO HEGAR O CRILE WOOD DE 16 CM DE LONGITUD				
JUEGO DE ESPEJOS PARA LARINGOSCOPIO CON MANGO MINIMO SEIS O MAS				
SET DE DIAPASONES HARTMANN QUE INCLUYA 5 DIAPASONES DE DIFERENTES TAMAÑOS EN CONTENEDOR				
CONTENEDOR FONDO NO PERFORADO CON BANDEJAS CON TAPA Y ESTERILLAS QUE CONTENGAN TODOS LOS INSTRUMENTOS PARA PROTEGER EL INSTRUMENTAL LAS MEDIDAS SERAN DE ACUERDO CON LAS PIEZAS.				
TODAS LAS PIEZAS EN ACERO INOXIDBLE O TITANIO DEBEN SOPORTAR TEMPERATUTAS DE ESTERILIZACION MINIMO DE 134°C CADA UNA DE LAS PIEZAS QUE COMPONEN EL INSTRUMENTAL, DEBEN SER MARACADAS CON UN NUMERO DE IDENTIFICACION O SERIE, CODIGO Y "PONAL" DE ACUERDO A LO ASIGANADO POR LA ENTIDAD, SERA ACEPTADO UN RANGO DE TOLERANCIA DE +/- 10.				
GARANTÍA DE 2 AÑOS, MÍNIMO DOS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA				
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.				
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). NOTA: SE ACEPTA AQUELLAS CERTIFICACIONES QUE CUENTEN CON PRORROGA VIGENTE, DEBE SER ENTREGADA EN IDIOMA CASTELLANO				

ORIGINAL. POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE.			
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS			
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA			
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.			
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE. * En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			

ITEM 13 **EQUIPO DE DIATERMIA**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
PANTALLA TACTIL			
MODO CONTINUO Y PULSADO			
MODO CAPACITIVO Y RESISTIVO			
SELECCIÓN MANUAL Y AUTOMATICO			
FRECUENCIA DE TRABAJO MINIMO 480KHZ			
MINIMO 20 PROGRAMAS (PROTOCOLOS TERAPEUTICOS) CON LOS PARAMETROS PARA LAS APLICACIONES MAS COMUNES			
UN CANAL DE CAMPO CAPACITIVO			
UN CANAL DE CAMPO RESISTIVO			
UN CANAL DE CAMPO NEUTRO			
UN SOPORTE PARA APLICADOR CAPACITIVO			
UN SOPORTE PARA APLICADOR CAPACITIVO			

ACCESORIOS OBLIGATORIOS POR CADA EQUIPO OFERTADO:	**MARCA DEL ACCESORIO**	**MODELO O REFERENCIA DEL ACCESORIO**	**PAIS FABRICANTE DEL ACCESORIO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NUMERO DE ARCHIVO PDF**
UN APLICADOR CAPACITIVO CON DOS CABLES						
CARRO ORIGINAL DEL EQUIPO DIATERMIA						
UN APLICADOR RESISTIVO CON DOS CABLES						
DOS CABLES NEUTROS						

CUATRO ELECTRODOS CAPACITIVOS DE DIFERENTES TAMAÑOS						
CUATRO ELECTRODOS RESISTIVO DE DIFERENTES TAMAÑOS						
UN ELECTRODO NEUTRO METALICO						
ALIMENTACION ELECTRICA 110-120V 60HZ						
GARANTÍA DE 2 AÑO, MÍNIMO UNA VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL AÑO Y LOS CORRECTIVOS REQUERIDOS INCLUIDO REPUESTOS POR DEFECTOS DE FÁBRICA, DESGASTE NATURAL, USO Y/O TERMINACIÓN DE VIDA ÚTIL DEL REPUESTO, DURANTE EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA GARANTÍA						
CALIBRACION ANUAL CON TRAZABILIDAD POR CADA AÑO DE GARANTÍA, PARA LOS EQUIPOS QUE NO LA REQUIEREN, SE DEBE ADJUNTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDO POR FABRICA, EN LA QUE CONSTE QUE EL DISPOSITIVO NO REQUIERE ESTE CONTROL METROLÓGICO. EL DOCUMENTO DEBERÁ CUMPLIR CON LO SIGUIENTE: • DOCUMENTO EMITIDO POR EL FABRICANTE: PODRÁ SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE GENERAL O DIRECTOR TÉCNICO Y/O DE VENTAS Y/O DE PRODUCCIÓN Y/O DE PRODUCTO DE FÁBRICA. • LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE RESERVA EL DERECHO DE CONFIRMAR Y VALIDAR TÉCNICAMENTE LA CERTIFICACIÓN Y LO INDICADO POR EL FABRICANTE.						
ANEXAR CERTIFICACIÓN VIGENTE EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA COMPETENTE O LA DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD EXPEDIDA POR EL FABRICANTE EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS: FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) Y/O CE (COMISIÓN EUROPEA), Y/O UL (UNDERWRITERS LABORATORIES), Y/O TÜV (TECHNISCHER ÜBERWACHUNGS-VEREIN). Nota: se acepta aquellas certificaciones que cuenten con Prorroga Vigente, debe ser entregada en idioma castellano original. Por La Autoridad Certificadora Competente O La Declaración De Conformidad Expedida Por El Fabricante.						
ANEXAR REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL REGISTRO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA FABRICANTE O COMERCIALIZADOR QUE REALIZA LA OFERTA. * PARA COMERCIALIZADORES O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR EL INVIMA A NOMBRE DEL FABRICANTE, APORTANDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA, O EL CERTIFICADO INDICANDO QUE NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO EXPEDIDO POR EL INVIMA, SEGÚN EL CASO. * EN RELACIÓN CON EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE, DEBE SER ANEXADO A LA PROPUESTA PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA. ESTE REGISTRO DEBE SER PRESENTADO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS						
ANEXAR EN LA PROPUESTA EL CERTIFICADO DE CCAA VIGENTE EN EL CUAL DEBE SER VERIFICABLE QUE EL CERTIFICADO FUE EMITIDO A NOMBRE DE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA, O EL CERTIFICADO DE NO REQUIERE EXPEDIDO POR EL INVIMA SEGÚN EL CASO. EN NINGÚN CASO SERÁN ACEPTADAS LAS ACTAS EXPEDIDAS POR EL INVIMA						
ANEXAR CERTIFICADO VIGENTE EMITIDO POR FÁBRICA DE DISTRIBUIDOR DIRECTO EN COLOMBIA CON LA DEBIDA TRADUCCIÓN AL CASTELLANO, NO SERÁN ACEPTADAS CADENAS DE DISTRIBUCIÓN. PARA DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS, SE CONSIDERA VALIDO EL CERTIFICADO DE DISTRIBUCION DE LA MARCA VIGENTE, EMITIDO A NOMBRE DEL OFERENTE, EXPEDIDO POR EL FABRICANTE O EMPRESA QUE ACTUE COMO SUBSIDIARIA O FILIAL DIRECTA DEL FABRICANTE EN COLOMBIA.						
ANEXAR A LA PROPUESTA, LA CERTIFICACIÓN VIGENTE (NO DEBE SER MAYOR A (6) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO) DE QUE LA EMPRESA QUE REALIZA LA OFERTA CUENTA CON UN INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO CON CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE DE LA MARCA DE LOS EQUIPOS OFERTADOS. NOTA: * EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PODRÁ REQUERIR LOS SOPORTES DOCUMENTALES RESPECTIVOS AL CONTRATISTA, SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN LA MARCA DE LOS EQUIPOS ADJUDICADOS, EXPEDIDA POR EL FABRICANTE A NOMBRE DEL INGENIERO, TECNÓLOGO O TÉCNICO DE LA EMPRESA OFERENTE.						

* En el caso de los consorcios o uniones temporales, al menos uno de los miembros deberá aportar esta certificación vigente (NO DEBE SER MAYOR A (06) SEIS MESES ANTERIORES AL CIERRE DEL PROCESO).			
ANEXAR CERTIFICADO EMITIDO POR FABRICA DE LA CONSECUCIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS ORIGINALES Y SERVICIO POSTVENTA POR MÍNIMO CINCO (05) AÑOS, PARA LA MARCA Y MODELO OFERTADO, CONTADOS A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO POR PARTE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.			

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

19. El **CONTRATISTA** se compromete a cambiar los bienes sin costo alguno para la **POLICIA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD**, que presenten cualquier defecto de fabricación, previa verificación del supervisor del contrato y dentro de los 30 días calendario siguientes al requerimiento; en caso de requerir importación del equipo se dará un plazo de 90 días calendario, siempre y cuando se suministre un equipo BACK-UP que garantice la continuidad y supla las necesidades del servicio.

ANEXO No. 4
VALORACION DE LA OFERTA ECONOMICA

GRUPO 1. ESTERILIZACIÓN (ADJUDICACION TOTAL POR GRUPO)

ITEM	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO TECHO, INCLUIDO IVA	VALOR OFERTADO, INCLUIDO IVA
1	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	ESTERILIZADOR A VAPOR 300 A 350 LITROS	10	1	$ 603.330.000	
2	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	ESTERILIZADOR DE BAJA TEMPERATURA	10	1	$ 661.874.524	
3	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	TERMODESINFECTADORA	10	1	$ 380.033.541	
						VALOR TOTAL GRUPO	

EL VALOR TOTAL ACA PLASMADO POR EL GRUPO, DEBE SER IGUAL CON SU OFERTA, DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DE SECOP II, EN EL VALOR DEL GRUPO, PARA EL QUE SE ESTA PRESENTANDO.

GRUPO 2. REHABILITACION (ADJUDICACION TOTAL POR GRUPO)

ITEM	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO TECHO, INCLUIDO IVA	VALOR OFERTADO, INCLUIDO IVA
4	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	ELECTROESTIMULADOR	10	1	$ 21.241.500	
5	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	EQUIPO DE TRACCION CERVICAL	10	1	$ 113.288.000	
6	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	EQUIPO LASER PARA MANEJO DEL DOLOR	10	1	$ 25.406.500	
						VALOR TOTAL GRUPO	

EL VALOR TOTAL ACA PLASMADO POR EL GRUPO, DEBE SER IGUAL CON SU OFERTA, DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DE SECOP II, EN EL VALOR DEL GRUPO, PARA EL QUE SE ESTA PRESENTANDO.

GRUPO 3. CONSULTA EXTERNA (ADJUDICACION TOTAL POR GRUPO)

ITEM	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO TECHO, INCLUIDO IVA	VALOR OFERTADO, INCLUIDO IVA
7	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	DESFIBRILADOR CON MARCAPASOS	10	1	$ 70.830.961	

8	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	ELECTROCARDIOGRAFO	10	1	$ 13.765.920	
9	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	MONITOR DE SIGNOS VITALES BASICO	10	1	$ 11.203.760	
						VALOR TOTAL GRUPO	

EL VALOR TOTAL ACA PLASMADO POR EL GRUPO, DEBE SER IGUAL CON SU OFERTA, DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DE SECOP II, EN EL VALOR DEL GRUPO, PARA EL QUE SE ESTA PRESENTANDO.

GRUPO 4. EQUIPOS POR ITEM (ADJUDICACION POR ITEM)

ITEM	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO TECHO, INCLUIDO IVA	VALOR OFERTADO, INCLUIDO IVA
10	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	EQUIPO ELECTROFISIOLOGIA CLINICA	10	1	$ 317.900.000	
11	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	RAYOS X PORTATIL	10	1	$ 576.652.186	
12	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	UNIDAD DE EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA INCLUYE SET INSTRUMENTAL OTORRINOLARINGOLOGÍA	10	1	$ 1.350.000.000	
13	02-01-01-004-008	ESPRI UNIDAD MÉDICA CÚCUTA	EQUIPO DE DIATERMIA	10	1	$ 132.090.000	

EL VALOR TOTAL ACA PLASMADO POR ITEM, DEBE SER IGUAL CON SU OFERTA, DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DE SECOP II, EN EL VALOR DEL ITEM, PARA EL QUE SE ESTA PRESENTANDO.

Los demás términos, anexos, requisitos y condiciones no se modifican por lo que tienen plena validez y deberán ser acatados por los participantes del proceso.

Publíquese la presente Adenda Modificatoria en el Portal Único de Contratación SECOP II para los fines de publicidad y notificación pertinentes, conforme lo establece el Artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015.

PUBLÍQUESE, Y CÚMPLASE,

Dada en Floridablanca – Santander a los 10 días del mes de julio 2025.

Atentamente,

Mayor ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ
Jefe (e) Regional de Aseguramiento en Salud No. 5

Elaboró:
IJ. JOHN JAIRO ACOSTA CELY
Analista de Contratos RASES No 5
Fecha de elaboración: 10/07/2025

Revisó:
CT. MAGNALY GONZALEZ TELLEZ
Jefe Grupo Contratos RASES No 5

Revisó:
MY. LEONARDO VEGA CALA
Jefe área Administrativa RASES No 5

Revisó:
CPS-04 EDINSON CASTILLO GONZALEZ
Abogado RASES No.

Transversal 154 No 24-147 Barrio el Bosque – Cañaveral
Floridablanca (Santander)
Teléfono: (607)7008600 Ext. 7212
desan.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co/Regional de Aseguramiento en Salud No. 5