

 Empresa Social del Estado Santiago de Tunja	ESE SANTIAGO DE TUNJA				Código: GC-FR-0027		
	LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO				Versión: 0		
	FORMATO				Página 1 de 2		
TIPO DE TECNOLOGIA:							
FECHA DE INGRESO		Fecha de instalación		Fecha de puesta en marcha			
EQUIPO:				MARCA:			
MODELO:		SERIE:		Tiempo de garantía			
Fecha inicio garantía		Fecha finalización garantía					
TIPO DE ADQUISICIÓN							
PROPIO:		COMODATO		ALQUILER:		LEASING:	
Póliza de seguro N°:							
Contrato N°				Orden de Compra:			
PROVEEDOR				TELEFONO			
CORREO							
ACCESORIOS/ CONSUMIBLES INCLUIDOS O ENTREGADOS							
DESCRIPCION		CANTIDAD		ESTADO		OBSERVACIONES	
LISTA DE CHEQUEO							
DESCRIPCION		CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA	
OBSERVACIONES							
Factura de compra							
Hoja de vida Según el formato de la ESE							
Registro sanitario o permiso de comercialización vigente							
Declaración de importación (si aplica)							
Certificado de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento (CCAA)							
Certificado de capacidad de suministros de insumos, repuestos, partes/o todos los elementos necesarios para garantizar el óptimo funcionamiento del equipo biomédico durante al menos 10 años.							
Certificado de calibración o calificación vigente							
Garantía: Fecha de Instalación Fecha de inicio de Garantía Fecha de finalización Garantía							
Cronograma de mantenimiento preventivo durante el periodo de garantía (Número de Vistas por año)							
Certificado que confirme que la tecnología no ha presentado reportes de eventos adversos o pontenciales a nivel mundial basados en los registros de la FDA, INVIMA entre otros o que ha sido resuelta.(Certificación de seguridad tecnológica y reporte de eventos adversos)							
Protocolo de mantenimiento preventivo de fabrica							
Manual de técnico/servicio en español							
Manual de operación en español							
Licencias de Software (si aplica)							
Planos y diagramas técnicos (si aplica)							
Etiquetas respectivas de información según lo define el Art. 57 del Decreto 4725 de 2005							
Guías rápidas de manejo del equipo							
Certificación de experiencia del recurso humano técnico							
Certificado de inscripción INVIMA del personal técnico							
CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA							
DESCRIPCION		CUMPLE		NO CUMPLE		NO APLICA	
OBSERVACIONES							
Video de capacitación para futuras inducciones							
Capacitación técnica biomédica realizada							
Capacitación asistencial realizada							
Entrenamiento en limpieza y desinfección							
Entrenamiento en manejo seguro del equipo							
Lista de asistencia diligenciada							
Material de apoyo entregado							

 Empresa Social del Estado Santiago de Tunja	ESE SANTIAGO DE TUNJA				Código: GC-FR-0027	
	LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO				Versión: 0	
	FORMATO				Página 1 de 2	

TIPO DE TECNOLOGÍA:											
FECHA DE INGRESO				Fecha de instalación				Fecha de puesta en marcha			
EQUIPO:				MARCA:							
MODELO:				SERIE:				Tiempo de garantía			
Fecha inicio garantía				Fecha finalización garantía							

VALIDACIÓN TÉCNICA Y BIOMÉDICA					
DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES	
Validación de compatibilidad eléctrica					
Verificación de requisitos de infraestructura					
Pruebas de funcionamiento					
Integridad física y estética					
Accesorios completos y en buen estado					
Consumibles completos y en buen estado					
Equipo instalado correctamente					
Pruebas de funcionamiento satisfactorias					
Encendido y apagado normal					
Integridad física y estética adecuada					
Cableado y conexiones seguras					
Alarmas y sistemas de seguridad funcionales					
Parámetros configurados adecuadamente					
Compatibilidad eléctrica verificada					
Accesorios completos y en buen estado					
Consumibles completos y en buen estado					
Equipo limpio y desinfectado					
Cumple normas de bioseguridad					
Etiquetado e identificación institucional					
Disponibilidad de tomas eléctricas y gases medicinales					
Condiciones ambientales adecuadas para funcionamiento					

EVALUACIÓN FINAL			
CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
Equipo apto para ingreso institucional			
Equipo apto para operación asistencial			
Documentación completa			
Capacitación ejecutada satisfactoriamente			
Garantía y soporte técnico verificados			
Accesorios y consumibles completos			
Equipo cumple requisitos técnicos y normativos			
La dotación se encuentra completa			
Los equipos funcionan adecuadamente			
El área cumple condiciones de seguridad			
El personal recibió capacitación			
El servicio está apto para operación			
Equipo apto para ingreso y puesta en funcionamiento			

OBSERVACIONES			

FIRMAS DE CONFORMIDADES			
ENTREGA		RECIBE	
Nombre y Apellido:		Nombre y Apellido:	
Cargo:		Cargo:	
Dependencia:		Dependencia:	
Firma:		Firma:	
Fecha:		Fecha:	

CONCEPTO FINAL	
☐ APROBADO PARA OPERACIÓN	
☐ APROBADO CON OBSERVACIONES	
☐ NO APROBADO	
Responsable de verificación:	
Cargo:	
Firma:	