| Elaboró: Rosa Helena Plata | Revisó: Rosa Helena Plata | Aprobó: | Juan José Pérez Acevedo |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Fecha: | 05 de diciembre de 2014 |

| | |
|---|---|
| **Nombre funcionario que realiza la solicitud.** | **JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO** |
| **Cargo del funcionario solicitante:** | SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |
| 1. Descripción de la necesidad y justificación. | 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD:<br><br>Se procede a realizar el presente estudio previo, teniendo en cuenta que el Instituto Nacional de Cancerología ESE, considera necesario y oportuno contratar bajo la modalidad de convocatoria pública la compra de equipos médicos, para los diferentes servicios asistenciales de la institución, con el fin de poder garantizar una buena atención a los usuarios que lo requieran con altos estándares de calidad.<br><br>1.2 JUSTIFICACIÓN: El bien o servicio contratado es fundamental en razón a las necesidades institucionales con el fin de prestar un buen servicio a todos nuestros usuarios con la instalación y puesta en funcionamiento de Equipamiento Biomédica con estándares de calidad y dar cumplimiento a nuestro objeto social y misional. |
| 2. Objeto y características, especificaciones técnicas a contratar | *2.1 OBJETO:*<br>*Adquisición, suministro, instalación y puesta en funcionamiento del siguiente equipo:* |

| *EQUIPO MEDICO* | *CANTIDAD* | *CDP* |
|---|---|---|
| *SPECT CT* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| *MAMOGRAFO CON TOMOSÍNTESIS Y ESTEREOTAXIA* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| *MÁQUINA DE PERFUSIÓN HIPERTÉRMICA* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *ECOGRAFO DOPLER A COLOR* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| | *PROCESADOR DE TEJIDOS* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| | *CITOCENTRÍFUGA* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| | *MESA QUIRÚRGICA PARA BRAQUITERAPIA* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| | *MESA QUIRÚRGICA PARA ENDOSCOPIA* | *1* | *Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente* |
| | *2.2 CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.*<br><br>*Se anexan las especificaciones técnicas de los equipos.* | | |
| 3. Obligaciones del contratista para la correcta ejecución del contrato | Dentro de la ejecución del documento contractual, el **CONTRATISTA** se obliga a:<br><br>1.) Garantizar que el bien o servicio contratado cumpla con las condiciones técnicas especificadas.<br>2.) Garantizar una entrega oportuna del bien o servicio contratado.<br>3.) Dar cumplimiento a las garantías pactadas.<br>4.) Realizar la capacitación pertinente.<br>5.) Cumplir con las especificaciones técnicas referenciados en los anexos. | | |
| 4. Plazo estimado de ejecución del contrato. | El plazo estimado para que el contratista de cumplimiento al objeto pactado será 30 de diciembre de 2014. | | |
| 5. Análisis del riesgo y la forma de mitigarlo | Los riesgos previsibles que pueden afectar la correcta ejecución del proceso de contratación, están relacionados con el cumplimiento del oferente y el contratista, entre los cuales tenemos: | | |

| | |
|---|---|
| | a.) Incumplimiento en el ofrecimiento económico.<br>b.) El no perfeccionamiento del contrato.<br>c.) Incumplimiento de las obligaciones contractuales.<br>d.) Mala calidad de los bienes adquiridos.<br><br>Para mitigar los riesgos antes descritos se utilizarán los mecanismos de cobertura mediante las pólizas requeridas en los términos de condiciones. Así mismo se vigilará permanentemente la correcta ejecución del contrato, para lo cual el director general o su delegado nombrarán un supervisor o interventor del contrato según corresponda. En el evento de incumplimiento se adelantará el proceso administrativo sancionatorio que señala la ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo), garantizando en todo caso el debido proceso y los derechos de defensa y contradicción. |
| 6. Garantías exigibles en el proceso de contratación. | Las garantías exigibles en el proceso de contratación son:<br><br>FASE DE LA SELECCIÓN<br><br>[X] Póliza de seriedad de la oferta.<br><br>FASE DE LA CONTRATACIÓN<br><br>[X] CALIDAD<br><br>[X] CUMPLIMIENTO<br><br>En el evento que el Instituto requiera el amparo de otros riesgos, estos serán establecidos en los términos de condiciones junto con los porcentajes y vigencias de cada riesgo allí descritos. |
| 7. Justificación de los factores de selección que permiten escoger la oferta más favorable | El Instituto evaluará las propuestas presentadas dentro de la convocatoria teniendo en cuenta las siguientes calificaciones:<br><br>- EVALUACIÓN JURÍDICA: La evaluación, no tiene puntaje. Habilita o Deshabilita, cuyos documentos serán solicitados en los términos de condiciones.<br><br>Si en la Evaluación Jurídica no se Habilita al Oferente, no se evaluarán los demás criterios y será causal de Rechazo. |

| | |
|---|---|
| | - EVALUACIÓN FINANCIERA: No tiene puntaje. Habilita o Deshabilita. Cuyos indicadores serán establecidos en los términos de condiciones.<br><br>Si en la Evaluación Financiera no se Habilita al Oferente, no se evaluarán los demás criterios y será causal de Rechazo<br><br>- EVALUACIÓN TÉCNICA: Será realizada de acuerdo con los siguientes criterios que serán establecidos en los términos de condiciones.<br><br>1. Requerimientos técnicos.<br>2. Capacidad y mantenimiento.<br>3. Normas y certificados.<br><br>Dichos criterios son descritos para cada equipo, en el Anexo No. 4, establecidos en los términos de condiciones. Las condiciones habilitantes NO otorgan puntaje, pero su incumplimiento genera la NO habilitación del proponente. En caso de haber una observación técnica, esta puede ser subsanada.<br><br>No es un criterio de habilitación pero se recomienda ofertar equipos cuya casa matriz cuente con certificación en ISO 14001. Se aclara que no se compraran equipos que presenten alertas sanitarias ante el INVIMA. |
| 8. Número de CDP que respalda financieramente la solicitud. | Se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal correspondiente. |
| 9. Número de solpe. | Se cuenta con la Solpe correspondiente. |

Firman:

| | |
|---|---|
| **Juan José Pérez Acevedo**<br>**Subdirector Administrativo y Financiero** | **Director General o su delegado** |
| OBSERVACIONES: | |

ANEXO TÉCNICO No. 3

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLÓGICA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA LA ADQUISICION, SUMINISTRO, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS.

## 1. GENERALIDADES

El servicio se prestará en la sede del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C, dentro de los requerimientos institucionales.

## 2. REQUERIMIENTOS PARA EL OBJETO CONTRATUAL

El proponente debe tener en cuenta las especificaciones técnicas relacionadas en el Anexo No. 4, la cual debe estar directamente relacionada con el objeto de esta invitación, la información que se detalla adelante y las consideraciones de todo orden que estime, para ofrecer mejores condiciones a la entidad.

## 3. METODOLOGIA, CRITERIOS Y FACTORES DE CALIFICACION

EVALUACIÓN TÉCNICA

No tiene puntaje, Habilita o Deshabilita de acuerdo con los siguientes criterios:

- Requerimientos Técnicos.
- Capacitación y mantenimiento.
- Normas y certificados.

Dichos criterios son descritos para cada equipo, en el Anexo No. 4 establecidos en los términos de condiciones. Las condiciones habilitantes NO otorgan puntaje, pero su incumplimiento genera la No habilitación del proponente. En caso de haber una observación técnica, esta puede ser subsanada, según los términos de esta convocatoria.

No es un criterio de habilitación pero se recomienda ofertar equipos cuya casa matriz cuente con certificación en ISO 14001. Se aclara que no se compraran equipos que presenten alertas sanitarias ante el INVIMA.

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | |
|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD(ES): | Oncología, gastroenterología. | | |
| SERVICIOS: | Medicina nuclear | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | SPECT CT | | |
| DEFINICIÓN : | Tomógrafo Computarizado por Emisión de Fotones Simples por medio del uso de rayos gamma | | NÚMERO DE FOLIO |
| REQUERIMIENTOS TÉCNICOS | 1. Generales | 1 Peso del equipo 5000 Kg máximo, incluido colimadores, mesa y carro de colimadores | |
| | | 2. Área estimada de la sala para el equipo 3.73 m x 6.30 m aproximadamente | |
| | | 3 Modos de adquisición Spect para imágenes estáticas, dinámicas. | |
| | | 4 Aplicaciones clínicas. Cardiología, Neurología, Oncología, tiroides Nefrología, Gastrointestinal, Neumología y Uso general | |
| | 2. Detectores | 1 Doble cabezal, ángulo variable que permita realizar estudios tomográficos (SPECT) | |
| | | 2. Cristal de 3/8" | |
| | | 3 Campo visual rectangular de tamaño en 380 mm* 530mm | |
| | | 4 Rango de energía de al menos 140 keV a 360 keV. | |
| | | 5 59 fotomultiplicadores en cada detector, mínimo. | |
| | 3. Colimadores | 1. Colimador de baja energía con orificios paralelos y alta resolución | |
| | | 2 Colimador de alta energía y alta resolución | |
| | | 3 Con carro de transporte | |
| | 4. Camilla | 1 En fibra de carbono | |
| | | 2. Con movimientos vertical respecto al piso de 53 cm o menor a 100 cm o mayor. | |
| | | 3 Bloqueo de emergencia en todos los movimientos | |
| | | 4 Capacidad de peso 227 Kg mínimo | |
| | | 5 Movimientos horizontales con velocidad de 50 o menor a 100 mm/s o mayor | |
| | | 6. Ancho 40 cm, máximo | |
| | | 7 Camilla removible para realizar estudios en pacientes en silla de ruedas, erguidos o camas del hospital | |
| | | 8 En estudios de cuerpo total la longitud a recorrer de 200 cm mínimo | |
| | 5. Gantry. | 1 Apertura de 70 cm, mínimo | |
| | | 2 Máximo ScanFOV al menos 50 cm | |
| | | 3 Velocidades de rotación para ángulos de 360° en al menos tres tiempos. | |
| | | 4. Detectores con movimientos en los ángulos 90° y 180°. | |
| | | 5 Espesores de corte en al menos cinco tamaños desde 0.6 mm a 10 mm | |
| | 6. Tomografía | 1. 16 cortes | |
| | | 2 Tubo de rayos X de al menos 50 Kw | |
| | | 3. Rango de corriente de tubo que se cubra el rango de 20mA a 340 mA. | |
| | | 4. Almacenamiento de calor de 5MHU, mínimo | |
| | | 5 Disipación de calor del ánodo de 800 KHU/min, mínimo. | |
| | | 6. Kilovoltaje del tubo de 80 y 100 Kvp. | |
| | | 7 Generación de imágenes fusionadas con imágenes spect | |
| | 7. Consola de adquisición | 1. DICOM 3.0 | |
| | | 2 Capacidad de almacenamiento de al menos 1000 estudios | |
| | | 3 Unidad de lectura y grabación | |
| | | 4 Tamaño de monitor de 19" | |
| | | 5 Resolución de imagen del monitor de 1280 X 1024 pixeles, mínimo | |
| | | 6 Capacidad de disco duro de 80 GB, mínimo | |
| | | 7 Memoria RAM de 4 GB. | |
| | | 8. Con gating respiratorio | |
| | 8. Funciones procesamiento imágenes | 1 Control de calidad | |
| | | 2 Orientación 3D | |
| | | 3 Número de estudios posibles a reconstruir simultáneamente | |
| | | 4 Corrección de atenuación | |
| | | 5 Visualización de flujos de trabajo | |
| | | 6 Reconstrucción multiplanar | |
| | | 7 Reconstrucción de cortes transversales, sagitales, coronales y oblicuos y con posibilidad de reorientación | |
| | | 8 Manipulación de las imágenes obtenidas | |
| | | 9 Delimitación de áreas de interés, obtención y manipulación de curvas. | |
| | | 10 Filtros ajustables | |
| | | 11 Operador morfológico de erosión y dilatación | |
| | | 12 Cálculo automático de dosis estimada | |
| | | 13 Análisis volumétrico | |
| | | 14 Gestión de pacientes, estudios y datos de imagen. | |
| ACCESORIOS | Kit de accesorios para calibración y dosimetría. | | |
| | Sistema de protección o UPS según recomendaciones del fabricante | | |
| ALIMENTACIÓN | 1 - Eléctrica | Voltaje 380 V - 50 / 60 Hz o adecuar la infraestructura eléctrica según las necesidades del equipo (los costos de la adecuación deben ser asumido por parte del proveedor) | |
| INSTALACIPON | La instalación debe incluir el desmonte de la Gammacamara marca Siemens, modelo Ecam Dual su puesta en guales. Los costos de preinstalación deben verse reflejados en la propuesta | | |
| | 1 Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más | | |
| | 2 Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo. | | |

8

| | | | |
|---|---|---|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO | 3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado | |
| | 4 Realizar por cada año de garantía mínimo tres (3) mantenimientos preventivos | |
| | 5 Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a seis (6) horas | |
| | 6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto | |
| | 7 Asegurar entrega de manuales o catálogos de servicio y usuario en español | |
| | 8 Especificar vida útil del equipo y de los accesorios | |
| | 9. Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español | |
| | 10. Garantizar monitoreo remoto para diagnóstico de fallas del equipo. | |
| | 11 Software que pueda actualizarse sin costo adicional durante el termino de garantía | |
| NORMAS Y CERTIFICADOS | 1 Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere" | |
| | 2 Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos diez (10) años, emitida por casa matriz | |
| | 3 Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia. | |
| | 4 Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas FDA,CE TUV DIN y/o JIS | |
| | 5 Presentar certificación de casa matriz en ISO 14001 | |

NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACION (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACION TECNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.

Elaboró , Ing. Mauren Liced López

| REVISO |
|---|
| FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| APROBÓ |
|---|
| FIRMA: |
| NOMBRE: DR. RAÚL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

2

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-F01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | | | NUMERO DE |
|---|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD(ES): | Radiología, oncología, seno y tejidos blandos | | | |
| SERVICIOS: | Imágenes diagnósticas | | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | MAMOGRAFO CON TOMOSINTESIS Y ESTEREOTAXIA | | | |
| DEFINICIÓN : | Equipo que permite realizar una exploración diagnóstica de imagen por rayos X de la glándula mamaria. | | | |
| REQUERIMIENTOS TÉCNICOS | 1. GENERALES | 1.1. Equipo con plataforma totalmente digital | | |
| | | 1.2. Distancia foco objetivo de 68 cm o mayor | | |
| | | 1.3 Gantry motorizado que permita movimientos | 1.3.1. Rotación hacia la derecha 180° o mayor, y hacia la izquierda 140° o mayor | |
| | | | 1.3.2. Vertical respecto al piso desde 75 cm o menor a 140 cm o mayor | |
| | | 1.4 Colimador automático o selección de diafragma automático | | |
| | | 1.5. Sistema de compresión manual y motorizada | | |
| | | 1.6. Tamaño predefinidos para colimación de por lo menos. 10cm x 10 cm, 15cm x 15 cm, 18 cm x 24 cm y 24 cm x 29 cm | | |
| | | 1.7 Factor de magnificación de 1.5X, 1.8X o mayor | | |
| | | 1.8. Detector plano en selenio amorfo de 23 cm o mayor x 29 cm o mayor | | |
| | | 1.9. Paleta de compresión tipo cono | | |
| | | 1.10 Paleta de compresión con presión uniforme desde la pared pectoral hasta el pezón | | |
| | | 1.11. Grilla HTC | | |
| | 2. GENERADOR DE RAYOS X | 2.1. Generador de alta frecuencia | | |
| | | 2.2. De 9kW o menor | | |
| | | 2.3 Tensión radiográfica de 35 kV y corriente mínima de 200mA | | |
| | | 2.4 Rango de tensión que se encuentre en 20kV a 45 kV al menos, con incrementos de 1 kV o menor | | |
| | | 2.5. Rango de mAs 4 o menor a 500 mAs o mayor | | |
| | 3. TUBO DE RAYOS X | 3.1. En tungsteno | | |
| | | 3.2. Capacidad de almacenamiento de calor del ánodo de 290.000 HU o mayor | | |
| | | 3.3. Filtros de Rhodio, plata y aluminio | | |
| | | 3.4. Foco fino de 0.1 mm o menor | | |
| | | 3.5. Foco grueso de 0.3 mm o menor | | |
| | | 3.6. Velocidad de rotación del ánodo de al menos 9000 rpm | | |
| | 4. TOMOSINTESIS | 4.1. Angulo de adquisición de 15° o menor | | |
| | | 4.2. Reconstrucción iterativa dedicada a tomosintesis | | |
| | | 4.3. Grosor de corte de 1mm o menor | | |
| | | 4.4. Con capacidad para tomar biopsias 3D | | |
| | | 4.5. Limite de resolución espacial de al menos 3.5 lp/mm. | | |
| | 5. ESTEROTAXIA | 5.1. Métodos de compresión manual y motorizada | | |
| | | 5.2 Rango de compresión de al menos hasta 15 cm | | |
| | | 5.3. Distancia foco imagen de al menos 60 cm | | |
| | | 5.4. Área de imagen de por lo menos 15 cm x 20 cm | | |
| | | 5.5. Precisión de +/- 1 mm | | |
| | | 5.6. Con pantalla touch screen LCD a color para selección de parámetros | | |
| | | 5.7. Con iluminación del campo de biopsia | | |
| | | 5.8. Paleta para biopsia estándar con ventana graduada o perforada. | | |
| | | 5.9. Paleta para biopsia axilar. | | |
| | | 5.10. Peso no superior a 7.5 Kg | | |
| | | 5.11. Kit de accesorios para calibración: modelo de calibración geométrica, aguja de control de calidad y soporte de guía de aguja | | |
| | 6. ESTACIÓN DE ADQUISICIÓN Y PARÁMETROS DE IMAGEN | 6.1. Memoria RAM de al menos 6.0 GB | | |
| | | 6.2. Disco duro de 1TB o más | | |
| | | 6.3. Unidad de DVD/RW | | |
| | | 6.4. Monitor LCD color de 2.0 MP | | |
| | | 6.5. Dicom 3.0. | | |
| | | 6.6. Gestión de pacientes, estudios y datos de imagen. | | |
| | | 6.7. Capacidad de almacenamiento de 8000 estudios de mamografía o 2500 estudios combinados de mamografía y tomosintesis | | |
| | | 6.8. Capacidad de obtener imagen sintética (2D) a partir de los datos generados en la tomosintesis | | |
| | | 6.9. Imagen con tamaño de pixel de 70 um o menor | | |
| | | 6.10. Matriz de imagen de al menos 2500 x 3300 o mayor | | |
| | | 6.11. Imagen de salida de al menos 14 bits | | |
| | 7. ESTACIÓN DE LECTURA | 7.1. Estación de lectura para mamografía | | |
| | | 7.2. Dos pantallas de lectura de 5MP de la misma marca del equipo | | |
| | 8. ACCESORIOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN | 8.1. Dos (2) chalecos plomados | | |
| | | 8.2. Tres (3) protectores de tiroides | | |
| | | 8.3. Dos (2) protectores de gónadas | | |
| | 9. ALIMENTACIÓN | 9.1.- Voltaje: 220 V - 50 / 60 Hz | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| INSTALACIÓN | La compra del equipo debe incluir el desmonte y la puesta en guacales del equipo actual Mamografo Marca General Electric Modelo Senographe, se deben incluir las adecuaciones eléctricas de ser necesario. | |
| CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO | 1. Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más. | |
| | 2. Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo. | |
| | 3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado. | |
| | 4. Realizar por cada año de garantía mínimo dos (2) mantenimientos preventivos. | |
| | 5. Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a ocho (8) horas. | |
| | 6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto. | |
| | 7 Asegurar entrega de manuales o catálogos de servicio y usuario en español. | |
| | 8 Especificar vida útil del equipo y de los accesorios. | |
| | 9. Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español | |
| | 10 Garantizar calibración del equipo ofertado en sitio y entrega de informe | |
| | 11 Garantizar la compatibilidad de las agujas de biopsia y arpón de cualquier marca con el equipo. | |
| | 12 Software que pueda actualizarse sin costo adicional durante el termino de garantía | |
| NORMAS Y CERTIFICADOS | 1 Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere". | |
| | 2. Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos diez (10) años, emitida por casa matriz. | |
| | 3. Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia. | |
| | 4. Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas: FDA, CE, TUV, DIN y/o JIS. | |

**NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.**

**Elaboró , Ing. Mauren Liced López**

| REVISÓ |
|---|
| FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014. |

| APROBÓ |
|---|
| FIRMA: |
| NOMBRE: DR. RAUL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | |
|---|---|---|---|
| SERVICIOS: | Salas de cirugía | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | EQUIPO DE PERFUSION HIPERTERMICA | | |
| DEFINICIÓN : | Dispositivo electromecánico para la circulación extracorporea de líquidos, destinado al uso en terapias de perfusión hipertérmica, intrapritoneal, intrapleural y/o de miembros u organos aislados.(ILP). Con el fin de procurar una hipertermia localizada mediante la circulacion de soluciones calientes con medicamentos quimioterápicos. | | NÚMERO DE FOLIO |
| 1. GENERALES | 1.1. Pantalla | 1.1.1. Mínimo de 12 pulgadas, táctil a color. | |
| | | 1.1.2. Resolución de al menos 800 x 600 pixeles | |
| | | 1.1.3. Ingreso de datos del paciente | |
| | | 1.1.4. Activar las distintas fases del tratamiento | |
| | | 1.1.5. Visualización y configuración de Parámetros y alarmas | |
| | 1.2. Temperatura | 1.2.1. Rango de operación de 28 °C a 46 °C | |
| | | 1.2.2. Precisión de +- 0,3 °C | |
| | | 1.2.3. Sensores para controlar la temperatura en la cavidad corporal del paciente | |
| | | 1.2.4. Sensores de temperatura para la solución de salida | |
| | 1.3. Volumen | 1.3.1. Control de solución inyectada | |
| | | 1.3.2. Control de solución en la cavidad del paciente | |
| | | 1.3.3. Comprobación de volumen de retorno. | |
| | 1.4. Flujo | 1.4.1. Dos bombas peristálticas | |
| | | 1.4.2. Flujo de al menos 200 ml/min | |
| | | 1.4.3. Buscador de panel táctil | |
| | | 1.4.4. Sensores de apertura de tapa y rotación de la bomba | |
| | | 1.4.5. Visualización de valores de flujo en pantalla | |
| | 1.5. Control de presión en mínimo 6 puntos del circuito | | |
| | 1.6. Posibilidad de activar de forma rápida un Modo de Seguridad | | |
| 2. ACCESORIOS: | 2.1 Una (1) batería de reserva. | | |
| 3. ALIMENTACIÓN: | 3.1 Eléctrica: 110-120 VAC/50-60Hz | | |
| 4. CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO | 1. Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más. | | |
| | 2. Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo. | | |
| | 3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado. | | |
| | 4. Realizar por cada año de garantía mínimo dos (2) mantenimientos preventivos. | | |
| | 5. Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a ocho (8) horas. | | |
| | 6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto. | | |
| | 7. Asegurar entrega de manuales o catálogos de servicio y usuario en español. | | |
| | 8. Especificar vida útil del equipo y de los accesorios. | | |
| | 9. Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español | | |
| | 10 Software que pueda actualizarse sin costo adicional durante el termino de garantía. | | |
| 5. NORMAS - CERTIFICADOS: | 1. Presentar registro sanitario ante el Invima. | | |
| | 2 Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos cinco (5) años, emitida por casa matriz. | | |
| | 3 Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia | | |
| | 4. Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas: FDA, CE, TUV, DIN y/o JIS. | | |

NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACION (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACION TECNICA DENTRO DE LA

Elaboró , Ing. Mauren Liced López

| REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÈREZ ACEVEDO | NOMBRE: DR. RAUL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 | FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD(ES): | Radiología, oncología ginecológica | | | |
| SERVICIOS: | Imágenes diagnósticas | | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | ECÓGRAFO DOPPLER COLOR | | | |
| DEFINICIÓN : | Equipo que usa ondas sonoras de alta frecuencia para generar secuencias de imágenes de órganos y formaciones dentro del cuerpo. | | | NÚMERO DE FOLIO |
| REQUERIMIENTOS TÉCNICOS | 1. GENERALES | 1.1 Con base rodante con bloqueo | | |
| | | 1.2 Plataforma digital | | |
| | | 1.3 Presentación de imágenes con al menos 256 niveles de grises y 256 tonos de color | | |
| | | 1.4 Memoria de imagen tipo "cine loop" con captura de imágenes | | |
| | | 1.5. Visualización de hasta cuatro imágenes simultáneamente. | | |
| | | 1.6 Monitor LCD de 19", mínimo | | |
| | | 1.7. Unidad de pantalla táctil (touch screen), mínimo de 8" para funciones de medidas y menús. | | |
| | | 1.8 Rango dinámico de al menos 150 dB | | |
| | | 1.9 Con 512 canales de procesamiento digital, mínimo | | |
| | | 1.10. Salida de video en formatos DICOM MPEG, JPEG, BMP y AVI | | |
| | 2. MODOS DE OPERACIÓN | 2.1. Modos de exploración | 2.1.1 B | |
| | | | 2.1.2 M | |
| | | | 2.1.3 Doppler | |
| | | | 2.1.4. Doppler color | |
| | | | 2.1.5 Power doppler | |
| | | | 2.1.6. Powe angio bidireccional | |
| | | | 2.1.7 Triplex | |
| | | 2.2. Modo Color alta definición que elimine los artefactos causados por la respiración o movimiento de tejidos | | |
| | | 2.3 Modo Doppler con registro de autotrazo en tiempo real y corrección automática de ángulo. | | |
| | 3. SOFTWARE Y HERAMIENTAS DE PROCESAMIENTO | 3.1 Software de aplicaciones generales, cardiaco, vascular periférico, abdominal, ginecologico y pequeñas partes | | |
| | | 3.2 Imagen armónica de banda ancha multifrecuencia | | |
| | | 3.3 Software de medición automática de la Intima Media ( IMT) | | |
| | | 3.4 Segundo imagen armónico de tejidos Software de Imagen Trapezoidal | | |
| | | 3.5 Zoom en tiempo real e imagen congelada | | |
| | | 3.6. Manejo de varias profundidades hasta 20 cm | | |
| | | 3.7 Resolución optima de bordes | | |
| | | 3.8 Herramienta para realizar mediciones y cálculos. | | |
| | | 3.9 Pre y post procesado de imagen. | | |
| | | 3.10 Volumetria en 3D y 4D | | |
| | | 3.11 Elastografia cualitativa | | |
| | 4. ALMACENAMIENTO | 4.1 Unidad de almacenamiento DVD, CD | | |
| | | 4.2. Capacidad mínima de almacenamiento de 300 Gb en disco duro. | | |
| | | 4.3. Conexión USB | | |
| | | 4.4 Almacenamiento de datos en bruto | | |
| | | 4.5 DICOM 3.0: Basic Greyscale Print SCU, Modality Worklist SCU; con licencias para impresora y PACS | | |
| | | 4.6 Gestión de pacientes, estudios y datos de imagen | | |
| | 5. ACCESORIOS | 5.1. Bateria con una autonomía de por lo menos cuarenta y cinco (45) minutos. | | |
| | | 5.2 Transductor endocavitario con el rango de 5 MHz a 7 MHz | | |
| | | 5.3 Transductor lineal multifrecuencia 13 MHz | | |
| | | 5.4 Transductor convex multifrecuencia de 2 a 6 MHz | | |
| | 6. ALIMENTACIÓN | 6.1.- Voltaje 110 V - 50 / 60 Hz | | |
| CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO | 1 Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más | | | |
| | 2. Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo. | | | |
| | 3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado. | | | |
| | 4 Realizar por cada año de garantía mínimo dos (2) mantenimientos preventivos. | | | |
| | 5. Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a ocho (8) horas. | | | |
| | 6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto. | | | |
| | 7. Asegurar entrega de manuales o catálogos de servicio y usuario | | | |
| | 8. Especificar vida útil del equipo y de los accesorios | | | |
| | 9. Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español | | | |
| | 10 Garantizar calibración del equipo ofertado en sitio y entrega de informe | | | |
| | 11 Software que pueda actualizarse sin costo adicional durante el termino de garantía | | | |
| NORMAS Y CERTIFICADOS | 1. Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere" | | | |
| | 2 Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado durante los próximos cinco (5) años, emitida por casa matriz | | | |
| | 3. Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia | | | |
| | 4 Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas FDA,CE, TUV, DIN y/o JIS | | | |

**NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACION (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACIÓN TECNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.**

**Elaboró , Ing. Mauren Liced López**

| REVISO | APROBO |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO | NOMBRE: DR. RAÚL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 | FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | |
|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD(ES): | Laboratorio | | |
| SERVICIOS: | Laboratorio Clínico, Laboratorio de Investigación | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | PROCESADOR DE TEJIDOS | | |
| DEFINICIÓN : | Equipo destinado a rellenar los espacios de los tejidos intra y extracelulares con parafina para otorgarle consistencia para la posterior microtomía. | | NÚMERO DE FOLIO |
| REQUERIMIENTOS TÉCNICOS | 1 - Modo de agitación de muestras por rotación | | |
| | 2.- Con una (1) Cámara de procesamiento | | |
| | 3 - Capacidad de manejo de reactivos de 5L | | |
| | 4.- Tres (3) niveles de llenado en cámara para acortar los tiempos de procesamiento | | |
| | 5.- Diez (10) programas personalizados. | | |
| | 6.- Interfaz de ususario de pantalla táctil | | |
| | 7 - Software inteligente e intuitivo | | |
| | 8 - Concetividad USB para gestión de datos. | | |
| | 9 - Cestas | 9 1.- Diseñadas para máxima infiltración reactivo | |
| | | 9 2 - Cestas para microondas. | |
| | | 9 3 - Para uso en conjunción con microondas post- fijación seguridad | |
| | 10 - Tanque de cera de fácil acceso | | |
| | 11 - Solución para eliminación de residuos de cera | | |
| | 12 - Tapa de vidrio permite ver durante el procesamiento | | |
| | 13 - Batería de respaldo para protección ante posibles interrupciones de energía | | |
| | 14 - Ventilación descendente que minimice exposición a usuarios. | | |
| | 15 - Filtros adicionales para mejor control de vapores | | |
| | 16.- Temperatura para operación +15°C HASTA 30°C | | |
| | 17 - Humedad 80% como máximo | | |
| | 18 - Peso no superior a 250 Kg | | |
| | 19 - Sistema de seguridad: | 19 1 -Alarma por perdida de fluido eléctrico | |
| | | 19 2 - Alarma por falla de procedimiento. | |
| | | 19 2 -Posibilidad de recuperación automática. | |
| | 20 - Accesorios | 20 1 - Canastas e insumos de limpieza (las que sean necesarias para el funcionamiento del equipo) | |
| | | 20 2 - Kits de adaptadores. Uno (1) para extracción de flujo descendente y Uno (1) para ducto del sistema de tare principal. | |
| | | 20 3 - Filtros de Carbono y Formaldehido (los que sean necesarios para el funcionamiento del equipo). | |
| | | 20 4.- Botella para reactivos (las que sean necesarias para el funcionamiento del equipo) | |
| | | 20 5 - Kits para parafina (los que sean necesarios para el funcionamiento del equipo) | |
| | | 20 6 - Una (1) Escápula | |
| | | 20 7.- Una (1) Unidad de memoria USB de 1 GB | |
| | 21 - Alimentación | 21 1 - Voltaje: 110 V - 50 / 60 Hz | |
| CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO | 1 Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más. | | |
| | 2 Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo | | |
| | 3 Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado | | |
| | 4 Realizar por cada año de garantía mínimo dos (2) mantenimientos preventivos | | |
| | 5 Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a ocho (8) horas | | |
| | 6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto | | |
| | 7 Asegurar entrega de manuales o catálogos de servicio y usuario | | |
| | 8. Especificar vida útil del equipo y de los accesorios. | | |
| | 9 Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español. | | |
| | 10 Garantizar calibración del equipo ofertado en sitio y entrega de informe. | | |
| | 11. Software que pueda actualizarse sin costo adicional durante el termino de garantía | | |
| NORMAS Y CERTIFICADOS | 1 Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere". | | |
| | 2 Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos cinco (5) años, emitida por casa matriz. | | |
| | 3. Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia. | | |
| | 4. Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas. FDA,CE. TUV, DIN y/o JIS | | |

**NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACIÓN TECNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.**

Elaboró , Ing. Sandra Milena González

| REVISO | APROBÓ |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO | NOMBRE: DR. RAÚL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 | FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | |
|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD(ES): | Laboratorio | | |
| SERVICIOS: | Laboratorio Clinico Laboratorio de Investigación | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | CITOCENTRÍFUGA | | |
| DEFINICIÓN : | Equipo de laboratorio que se utiliza para separar los componentes de suspensiones por la aplicación de la fuerza centrifuga Consiste de una unidad impulsora fijada a un eje vertical y un rotor horizontal unido al extremo superior Este equipo está diseñado para centrifugar las muestras de paciente, por ejemplo, los fluidos corporales, ya sea sola o después de la adición de reactivos y otros aditivos antes de medir los analitos | | NÚMERO DE FOLIO |
| REQUERIMIENTOS TÉCNICOS | 1 - Centrifuga para separación de células | | |
| | 2 - Controlada por microprocesador | | |
| | 3 - Rotor selladohorizontal de 6 plazas con. | 3.1 - Adaptadores (clips) | |
| | | 3.2.- Cámaras contenedoras (capacidad seleccionable por el usuario). | |
| | | 3 3 - Tapas de acuerdo a número de cámaras | |
| | 4 - Velocidad de la centrifuga 6.000 rpm como mínimo | | |
| | 5.- RCF de la centrifuga 4100 g como mínimo | | |
| | 6 - Velocidad del rotor de 200 a 2 000 rpm como mínimo | | |
| | 7 - RCF de la rotor 2 000 g como mínimo | | |
| | 8 - Panel de control digital con teclas específicas para | 8 1 - Velocidad del rotor | |
| | | 8 2.- Tiempo. | |
| | | 8 3.- Inicio o arranque de ciclo | |
| | | 8.4 - Paro. | |
| | 9 - Despliegue digital de | 9 1 - Velocidad programada | |
| | | 9 2 - Tiempo | |
| | 10 - Selección de ciclo: | 10.1 - Continuo | |
| | | 10 2 - Corto | |
| | 11 - Capacidad de programación del reloj de 1 a 99 minutos como mínimo | | |
| | 12 - Indicador audible y visible de terminación del ciclo | | |
| | 13 - Sistema de seguridad | 13 1 - En caso de imbalance | |
| | | 13 2 - Que impida la apertura de la tapa durante la centrifugación | |
| | | 13 3.- De sobrecalentamiento de la cámara | |
| | | 13.4 - Reconocimiento automático del rotor | |
| | 14 Accesorios | Un (1) Kit de iniciación de cámara de muestras. | |
| | | Veinticinco (25) Ez Megafunnels | |
| | | Cincuenta (50) Cytofunnels sencillos | |
| | | Veinticinco (25) Cytofunnels Dobles Cytosides | |
| | | Doce (12) Cytoclips | |
| | 15 Alimentación | 6.1 - Voltaje: 110 V - 50 / 60 Hz | |
| CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO | 1 Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más | | |
| | 2 Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo | | |
| | 3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado | | |
| | 4. Realizar por cada año de garantía mínimo dos (2) mantenimientos preventivos | | |
| | 5 Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a ocho (8) horas | | |
| | 6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto | | |
| | 7 Asegurar entrega de manuales o catálogos de servicio y usuario | | |
| | 8 Especificar vida útil del equipo y de los accesorios | | |
| | 9 Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español | | |
| | 10 Garantizar calibración del equipo ofertado en sitio y entrega de informe | | |
| | 11 Software que pueda actualizarse sin costo adicional durante el termino de garantía | | |
| NORMAS Y CERTIFICADOS | 1 Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere" | | |
| | 2 Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos cinco (5) años, emitida por casa matriz | | |
| | 3 Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia | | |
| | 4. Presentar certificación de normas iec 61010, CSA, UL E ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas. FDA,CE, TUV DIN y/o JIS | | |

NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACION (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACIÓN TECNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.

Elaboró , Ing. Sandra Milena González

| REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO | NOMBRE: DR. RAÚL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 | FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | | |
|---|---|---|---|
| SERVICIOS: | Braquiterapia | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | MESA QUIRÚRGICA | | |
| DEFINICIÓN : | Equipo utilizado para apoyar al paciente durante procedimiento quirúrgicos estabilizando la posición del paciente y proveyendo una posición óptima del campo quirúrgico | | NÚMERO DE FOLIO |
| 1. GENERALES | 1.1 Mesa mecánico hidráulica rodable | | |
| | 1.2 Peso mínimo soportado 200 KG. | | |
| | 1.3. Sistema de frenos | | |
| | 1.4. Longitud total con extensión de cabecera y piernas de +- 210 cm mínima | | |
| | 1.5. Base con cubierta en acero inoxidable | | |
| | 1.6. Cubierta de la columna en acero inoxidable | | |
| | 1.7 Estructura de la superficie y rieles laterales en acero inoxidable | | |
| | 1.8 Superficie Radiotransparente accesible a equipo de RX | | |
| | 1.9. Mesa dividida mínimo en cuatro secciones | 1.9.1 Cabecera | |
| | | 1.9.2. Dorso | |
| | | 1.9.3 Pelvis | |
| | | 1.9.4. Miembros inferiores | |
| | 1.10 Miembros inferiores o piernas en placas independientes, desmontables, abatibles de 0° a 90 ° como mínimo y movimiento de tijera. | | |
| | 1.11 Cabecera desmontable y con ajuste de flexión continua de +- 20 ° como mínimo | | |
| | 1.12 Con capacidad para dar la posición ginecológica con los respectivos soportes | | |
| | 1.13 Indicada para tratamiento de radioterapia | | |
| | 1.14 Movimientos electrohidráulicos | 1.14.1. Elevación y descenso que cubra el rango de 70 cm y 110 cm | |
| | | 1.14.2 Fowler de 70° como Mínimo. | |
| | | 1.14.3 Trendelemburg de 25° como mínimo | |
| | | 1.14.3 Trendelemburg inverso de 20° como mínimo. | |
| | | 1.14.4 Inclinación lateral derecha e izquierda de 20° mínimo | |
| | | 1.14.5 Movimiento longitudinal de cabeza de mínimo 15 cm | |
| | | 1.14.6 Movimiento longitudinal de pies de mínimo 25 cm | |
| | | 1.14.7. Movimiento de retorno a nivel | |
| | | 1.14.8 Movimiento de piernas arriba 2°, abajo mínimo 70° | |
| | | 1.14.9 Movimiento de retorno a nivel | |
| | 1.15. Control remoto o de mano alámbrico para los movimientos electrohidráulicos, lavable y de material resistente | | |
| | 1.16 Sistema de emergencia que permita los movimientos electrohidráulicos en caso de falla | | |
| | 1.17. Batería con indicador de carga | | |
| | 1.18 Cojines removibles, sin costuras y de fácil limpieza | | |
| 2. ACCESORIOS. | 2.1. Soporte acojinado para brazo con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.2 Soporte acojinado para hombro con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.2 Soporte laterales acojinados con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.3. Cinturón para paciente con fijadores. | | |
| | 2.4. Piernera articuladas, para los pies tipo bota con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.5. Charola porta chasis 14" * 17" | | |
| 3. ALIMENTACIÓN: | 3.1. Eléctrica 110-120 VAC/50-60Hz | | |
| 4. CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO: | 4.1 Mantenimiento preventivo y correctivo por personal calificado. Se deben realizar por cada año de garantía mínimo tres (03) mantenimiento preventivo. | | |
| | 4.2. Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo | | |
| | 4.3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado | | |
| | 4.4 Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo menor o igual a Ocho (08) horas | | |
| | 4.5 Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación (Colombia), tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto | | |
| | 4.6 Garantizar el suministro de los consumibles necesarios para el correcto funcionamiento del equipo mínimo por Un (01) año (si aplica). | | |
| | 4.7 Manuales o catálogos de servicio y usuario en español o con su traducción certificada al idioma castellano. | | |
| | 4.8. Especificar vida útil del equipo y de los accesorios. | | |
| | 4.9. Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más | | |
| | 4.10 Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español | | |
| 5. NORMAS - CERTIFICADOS: | 5.1 Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere". | | |
| | 5.2. Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos cinco (5) años, emitida por casa matriz | | |
| | 5.3. Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia | | |
| | 5.4 Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas FDA,CE, TUV, DIN y/o JIS. | | |

NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACION (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACION TECNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.

Elaboró , Tecn. Alex Mauricio Lpez

| REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO | NOMBRE: DR. RAUL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 | FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |

| | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE | CÓDIGO: | GTE-P01-F-01 |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | VERSIÓN: | 02 |
| | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS - EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA | VIGENCIA: | 19-02-2014 |
| | | Página 1 de 1 | |

| ESPECIFICACIONES TECNICAS | | | |
|---|---|---|---|
| SERVICIOS: | Endoscopia | | |
| NOMBRE GENÉRICO: | MESA QUIRURGICA | | |
| DEFINICIÓN : | Equipo utilizado para apoyar al paciente durante prosedimiento quirurgicos estabilizando la posición del paciente y proveyendo una posición óptima del campo quirúrgico | | NÚMERO DE FOLIO |
| 1. GENERALES | 1.1 Mesa mecánico hidráulica rodable | | |
| | 1 2 Peso mínimo soportado 200 KG | | |
| | 1 3 Sistema de frenos | | |
| | 1 4 Longitud total con extensión de cabecera y piernas de +- 210 cm mínima | | |
| | 1 5. Base con cubierta en acero inoxidable. | | |
| | 1 6 Cubierta de la columna en acero inoxidable. | | |
| | 1 7 Estructura de la superficie y rieles laterales en acero inoxidable. | | |
| | 1 8 Superficie Radiotransparente accesible a equipo de RX | | |
| | 1 9 Mesa dividida mínimo en cuatro secciones | 1.9.1. Cabecera | |
| | | 1 9.2 Dorso | |
| | | 1 9.3 Pelvis | |
| | | 1 9 4. Miembros inferiores | |
| | 1 10. Miembros inferiores o piernas en placas independientes, desmontables, abatibles de 0° a 90 ° como mínimo y movimiento de tijera | | |
| | 1.11 Cabecera desmontable y con ajuste de flexión continua de +- 20 ° como mínimo. | | |
| | 1 12 Movimientos electrohidráulicos | 1 12 1. Elevación y descenso que cubra el rango de 70 cm y 110 cm | |
| | | 1 12 2. Fowler de 70° como Mínimo. | |
| | | 1 12 3 Trendelemburg de 25° como mínimo. | |
| | | 1 12.3. Trendelemburg inverso de 20° como mínimo. | |
| | | 1 12 4 Inclinación lateral derecha e izquierda de 20° mínimo | |
| | | 1.12.5. Movimiento longitudinal de cabeza de mínimo 15 cm | |
| | | 1 12.6 Movimiento longitudinal de pies de mínimo 25 cm | |
| | | 1 12.7 Movimiento de retorno a nivel. | |
| | | 1 12 8. Movimiento de piernas arriba 2°, abajo mínimo 70° | |
| | | 1.12 9 Movimiento de retorno a nivel | |
| | 1 13 Control remoto o de mano alámbrico para los movimientos electrohidráulicos lavable y de material resistente. | | |
| | 1 14 Sistema de emergencia que permita los movimientos electrohidráulicos en caso de falla | | |
| | 1 15. Batería con indicador de carga | | |
| | 1.16 Cojines removibles sin costuras y de fácil limpieza. | | |
| 2. ACCESORIOS | 2 1 Soporte acojinado para brazo con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.2. Soporte acojinado para hombro con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.2 Soporte laterales acojinados con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2.3. Cinturón para paciente con fijadores | | |
| | 2 4 Piameras articuladas, para los pies tipo bota con fijadores ( 2 piezas) | | |
| | 2 5. Charola porta chasis 14" * 17" | | |
| 3. ALIMENTACIÓN: | 3 1 Eléctrica: 110-120 VAC/50-60Hz | | |
| 4. CAPACITACIÓN Y MANTENIMIENTO: | 4 1 Mantenimiento preventivo y correctivo por personal calificado. Se deben realizar por cada año de garantía mínima tres (03) mantenimiento preventivo | | |
| | 4 2 Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo. | | |
| | 4 3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado. | | |
| | 4 4 Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo menor o igual a Ocho (08) horas | | |
| | 4 5 Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación (Colombia) tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto | | |
| | 4 6 Garantizar el suministro de los consumibles necesarios para el correcto funcionamiento del equipo mínimo por Un (01) año (si aplica) | | |
| | 4.7 Manuales o catálogos de servicio y usuario en español o con su traducción certificada al idioma castellano | | |
| | 4 8 Especificar vida útil del equipo y de los accesorios. | | |
| | 4.9 Tiempo de garantía mínimo dos (2) años o más | | |
| | 4.10 Anexar protocolo de mantenimiento preventivo y guía de manejo rápido en español. | | |
| 5. NORMAS - CERTIFICADOS: | 5.1. Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere" | | |
| | 5.2 Presentar certificación donde garantice el suministro de insumos, repuestos y accesorios para el producto ofertado, durante los próximos cinco (5) años, emitida por casa matriz | | |
| | 5 3 Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia | | |
| | 5 4 Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas. FDA.CE TUV, DIN y/o JIS | | |

NOTA: EL PROVEEDOR DEBE COLOCAR EN LA CASILLA DE NUMERO DE FOLIO, LA UBICACIÓN (FOLIO) DE CADA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DENTRO DE LA PROPUESTA.

Elaboró , Tecn. Alex Mauricio Lpez

| REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|
| FIRMA: | FIRMA: |
| NOMBRE: DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO | NOMBRE: DR. RAUL HERNANDO MURILLO MORENO |
| CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO: DIRECTOR GENERAL |
| FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 | FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014 |