

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDS-P02-F-13
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	VERSIÓN:	01
	RE-EVALUACIÓN CONCEPTO TÉCNICO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	VIGENCIA:	31-12-2016
	Página 1 de 1		

EQUIPO:	Sistema completo de detección para control de calidad en radiología (Multidetector)	MARCA:	RAYSAFE
ITEM:	3	MODELO:	1506035
PROVEEDOR:	SET Y GAD	VALOR UNITARIO COTIZADO:	\$ 97.634.880
GARANTÍA:	2 AÑOS		

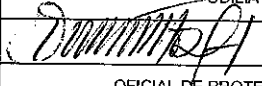
CARACTERÍSTICA	ESPECIFICACIÓN	SI CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	1. SISTEMA			
	1.1 Visualización instantánea de las mediciones.	X		
	1.2 Medidor de kilovoltaje pico.	X		
	1.3 Medidor de capa hemireductora.	X		
	1.4 Medidor de forma de onda.	X		
	1.5 Sensor de Radiografía convencional y fluoroscopia (dosis, tasa de dosis, tiempo de exposición, dosis/pulso).	X		
	1.6 Sensor de mamografía (dosis y capa hemireductora para todas las calidades de haz).	X		
	1.7 Sensor de tomografía computarizada (cámara tipo lápiz con electrómetro).	X		
	1.8 Sensor de producto dosis área .		X	No se encuentra evidencia de este requerimiento en los folios adjunto.
	1.9 Sensor de monitoreo ambiental.	X		
	1.10 Sensor de luz (luminancia e iluminancia).	X		
	1.11 Conexión USB	X		
ACCESORIOS	2. ACCESORIOS.			
		NA		
ALIMENTACION	3. ELECTRICA.			
	2.1 Eléctrica: 110-120 VAC/50-60 Hz	X		
CAPACITACION MANTENIMIENTO Y SISTEMAS	1. Mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo por personal calificado. Se deben realizar por cada año de garantía mínimo XX (XX) mantenimientos preventivos.	NA		
	2. Presentar certificación donde garantice que no será descontinuado el modelo del equipo en los próximos Cinco (05) años.	NA		
	3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo Veinticuatro (24) horas, Siete (07) días a la semana, (mínimo durante el tiempo de garantía del equipo).	X		
	4. Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo menor o igual a Ocho (08) horas.	X		
	5. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación (Colombia), tanto para personal asistencial como de física del Instituto.	X		
	6. Garantizar el suministro de los consumibles necesarios para el correcto funcionamiento del equipo mínimo por Un (01) año.	X		
	7. Manuales y catálogos en español o con su traducción certificada al idioma castellano.	X		
	8.-Garantía de Servicios y provisión de repuestos, respaldado por distribuidor y casa matriz.	X		
	9. Tiempo de garantía mínimo 2 años o más.	X		
	10. Especificar vida útil del equipo, accesorios y repuestos (anexar listado).	X		
CAPACITACION MANTENIMIENTO Y SISTEMAS	11. Garantizar presentación de certificado de calibración con sus parámetros, realizado por un ente externo en caso de ser adjudicados (si aplica).	X		
	12. Propuesta o términos de mantenimiento al término de la vigencia de la garantía.	X		
	13. Debe incluir y especificar los consumibles necesarios para el funcionamiento del equipo.	X		
	14. Compatibilidad con otros equipos cuando aplique.	NA		
	15. El equipo debe incluir software para su operación compatible con los software del Instituto, que pueda actualizarse sin costo adicional cada vez que se requiera durante los años de funcionamiento y/o vida útil del equipo.	X		
	1. Presentar registro sanitario ante el Invima y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere".	NA		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GDG-P02-F-13
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA		VERSIÓN:	01
	RE-EVALUACIÓN CONCEPTO TÉCNICO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS		VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1				
NORMAS - CERTIFICADOS	2. Presentar certificación ISO 9001- 2000 - 13485 para producto extranjero que cumpla con alguna de las siguientes normas: FDA,CE, TUV, DIN y/o JIS.	X		
	3. Presentar certificación de Casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia.	X		
	4. Presentar certificación de Casa Matriz donde se especifique el tiempo de representación de la marca en Colombia.	X		
	SUBTOTAL (Porcentaje)	96%		
	TOTAL	100,0%		

NOTA: EL 100% DE LA EVALUACION CORRESPONDE A LOS (27) ITEMS DEL CUADRO DE ESPECIFICACIONES TECNICAS. EL PORCENTAJE DE APROBACIÓN MÍNIMO ES DEL 90% DE CUMPLIMIENTO DE LOS ITEMS REFERENCIADOS EN ESTE CUADRO.

ENTREGA ACLARACIONES: SI ☒ NO ☐ RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS: SI ☐ NO ☒ CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE: SI ☐ NO ☒

Identificación del evaluar :

NOMBRE(S):	ODILIA MATTOS	FECHA:	IK-4-17 04/03/2017
FIRMA:		DEPENDENCIA	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y DOCENCIA
CARGO:	OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA		

NOTA: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.