

ANEXO No. 4

REQUISITOS HABILITANTES A LA CALIFICACIÓN TÉCNICA

1. Realizar el mantenimiento preventivo para todos los equipos según la cantidad de visitas solicitadas en el anexo No. 6 elementos o servicios requeridos Adjuntando propuesta de cronograma de mantenimiento en el formato GTE-P04-F-05 (anexo No.7), relacionando en la casilla **OBSERVACIONES** periodicidad y fechas tentativas de ejecución, fecha propuesta de inicio y finalización.

2. Anexar protocolos de mantenimiento preventivo para cada uno de los tipos de equipo, con mínimo 12 actividades para equipos de riesgo IIA en adelante.

3. Condiciones mínimas para dar cumplimiento en cuanto a:

Tiempo de respuesta en sitio dentro de horario hábil de máximo sesenta (60) minutos después de reportado

Tiempo de respuesta en sitio dentro de horario no hábil de máximo seis (6) horas después de reportado.

4. Condiciones mínimas para dar cumplimiento en cuanto a:

Recurso humano:

- Un (1) Ingeniero Biomédico con experiencia mínimo de tres (3) años en coordinación de gestión de mantenimiento preventivo y correctivo en Instituciones de nivel III.
- Dos (2) Tecnólogos/Técnicos biomédicos con experiencia de mínimo dos (2) años en mantenimiento preventivo y correctivo en instituciones de nivel III.
- Un (1) Tecnólogo/Técnico biomédicos con experiencia de mínimo un (1) año en mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de laboratorio en instituciones de nivel III.
- Un (1) Técnico con experiencia en camas y camillas hospitalarias con experiencia mínimo de un (1) año.

- Presentar hojas de vida con anexos (Cédula, diplomas, certificaciones de experiencia y registro Invima)

5. Enviar modelo de informe de mantenimiento preventivo que contenga:

ITEM	EQUIPO	MARCA	MODEL O	SERIE	ACTIV O FIJO	UBICACIÓ N	FECHA DE REVISIÓN	REPORTE	MTO PREVENTIVO REALIZADO	OBSERVACIO NES
------	--------	-------	------------	-------	-----------------	---------------	-------------------------	---------	--------------------------------	-------------------

6. Enviar modelo de verificación metrológica que cumpla con:

- Valor Nominal
- Valor Medido
- Diferencia Nominal
- Curva de Verificación

7. Enviar modelo de chequeo de seguridad eléctrica que cumpla con:

- Tensión de Red
- Resistencia a tierra
- Corrientes de fuga a tierra
- Corrientes de fuga de la envolvente
- Corrientes de fuga de paciente

8. Certificar garantía de los repuestos y accesorios por mínimo tres (3) meses.

9. Anexar plan de capacitación con fechas tentativas según formato GTE-P04-F-22 (Anexo No. 8).

10. Presentar certificación de experiencia mínimo por tres (3) años.

11. Presentar relación de simuladores y/o analizadores con su respectiva trazabilidad de acuerdo a lo siguiente:

EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	FECHA DE ULTIMA CALIBRACIÓN
ANALIZADOR DE DESFIBRILADORES				
ANALIZADOR DE ELECTROCIRUGÍA				
ANALIZADOR DE FLUJO GASES MEDICINALES				
ANALIZADOR DE SEGURIDAD ELÉCTRICA				
ANALIZADOR DE VENTILADOR				
CAJA DE RESISTENCIA VARIABLE				
FOTO TACÓMETRO/TACÓMETRO DE CONTACTO				
JUEGO DE MASAS PATRÓN				
MANÓMETRO/MEDIDOR DE PRESIÓN NEGATIVA				
MANÓMETRO/MEDIDOR DE PRESIÓN POSITIVA				
MULTÍMETRO				
PULMÓN DE PRUEBA				
RADIÓMETRO				
SIMULADOR DE VARIABLES				

FISIOLÓGICAS SPO2, ECG, NIBP				
SONDA DE TEMPERATURA				
TERMOHIGROMETRO				
TERMÓMETRO				

12. Relacionar en el anexo No. 6 precio por visita y por separado de:

- Mantenimiento preventivo
- Verificación metrológica (si aplica)
- Chequeo de seguridad eléctrica (si aplica)

