

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

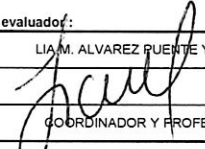
EQUIPO:	Microcentrifuga refrigerada de mesa	MARCA:	THERMO SCIENTIFIC
ITEM:	2	MODELO:	CL21R
PROVEEDOR:	ANALITICA S.A.S	VALOR UNITARIO COTIZADO:	\$ 22.253.000
GARANTÍA:	3 años		

CARACTERÍSTICA	ESPECIFICACIÓN	SI CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	1.GENERALES			
	Unidad compacta de mesa en un material resistente a la corrosión química.	X		
	Control y pantalla digital de fácil lectura de todos los parámetros	X		
	Capacidad: Veinticuatro (24) microtubos de 1.5 / 2.0	X		
	Rango de Velocidad: 14.800 RPM o mayor	X		14800 RPM
	Rango de temperatura: desde -9° hasta +40°C	X		
	Incrementos de temperatura: 1°C	X		
	1. General			
	Capacidad de Memoria: 16 programas opcional	X		N/A
	Sistema de seguridad de apertura de la tapa cuando gira el rotor. Sistema de apertura de emergencia en caso de daño o falla eléctrica del equipo	x		
	Sistema de cierre y apertura de la tapa tipo clic o electrónico	X		
	Nivel de ruido 50 dB o menos	x		50dB
	RCF: 21.000 X g o mayor	X		21000 X g
CAPACITACIÓN MANTENIMIENTO Y SISTEMAS	2. Alimentación Eléctrica			
	Eléctrica: 100-120 VAC/50-60 Hz	X		
	3.Accesorios			
	24 Tubos de 1.5 /2.0 ml	X		Subsana
	Debe Incluir todos los accesorios necesarios para su funcionamiento	x		Subsana
	1. Presentar documento de garantía, donde se evidencie el tiempo de la misma, la cobertura y lo que no incluye, mínimo tres (3) años o más.	x		3 años
	2. Especificar vida útil del equipo, accesorios y repuestos (anexar listado). Especificar los consumibles y accesorios necesarios para el funcionamiento del equipo.	x		15 años de vida útil
	3. Garantizar soporte y mantenimiento preventivo continuo durante la garantía por personal calificado.	x		
	4. Realizar por cada año de garantía la cantidad de mantenimientos sugeridos por el fabricante. Anexar documento donde se especifique esta recomendación.	x		2 Anuales
	5. Tiempo de respuesta a mantenimiento correctivo en sitio menor o igual a cuatro (4) horas.	x		
	6. Describir el programa de capacitación técnica-tiempo capacitación (Colombia), tanto para personal asistencial como de ingeniería del Instituto.	x		
	7. Asegurar entrega de manuales de usuario y de mantenimiento de los equipos (se considera manual de mantenimiento el que incluya la información técnica para realizar diagnóstico, mantenimiento preventivo y/o reparación de los equipos) en castellano.	x		
	8. Propuesta o términos de mantenimiento al término de la vigencia de la garantía con precios por visita de mantenimiento preventivo.	x		\$ 200.000
NORMAS - CERTIFICADOS	9. Protocolo de mantenimiento preventivo en formato institucional e Instrucciones de manejo básico (Formato GTE-P03-F-13), donde se especifique entre otras cosas recomendaciones de limpieza, desinfección y cuidados de usuario (impreso a color).	x		
	10. Garantizar las actividades de verificación metrología (si aplica) de acuerdo a recomendaciones de fabricante durante el tiempo de garantía.	x		
	1. Presentar registro sanitario ante el INVIMA y en caso de no requerir presentar certificado de "No Requiere".	x		INVIMA 2015DM-0013633 VIGENTE 2025-09-21/ SUBSANA
	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.	x		
	3. Presentar documento donde conste la capacidad para suministrar los insumos, partes, repuestos y el servicio de mantenimiento y verificación de la calibración por parte del proveedor, durante cinco (5) años, como mínimo, o durante la vida útil del equipo si es inferior.	x		
	4. Presentar certificación de casa matriz donde el proponente sea avalado como distribuidor autorizado especificando la vigencia en Colombia.	x		
SUBTOTAL (Porcentaje)		100%	0%	CUMPLE TÉCNICAMENTE
TOTAL		29		

NOTA: EL 100% DE LA EVALUACIÓN CORRESPONDE A LOS (29) ÍTEM DEL CUADRO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

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

Identificación del evaluador:

NOMBRE(S):	LIAM. ALVAREZ PUENTE Y MARIA FERNANDA ARIZA PALACIOS	FECHA:	10 de Agosto de 2017
FIRMA:		DEPENDENCIA:	GRUPO AREA GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACEN
CARGO:	COORDINADOR Y PROFESIONAL ESPECIALIZADO (en misión)		

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.