



FORMATO No 01 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados señores:

Por medio de los documentos adjuntos, me permito presentar propuesta para participar en la **SUBASTA INVERSA No. 01 DE 2024**, tendiente a contratar el objeto descrito en la referencia.

En el evento de resultar aceptada mi propuesta, me comprometo a perfeccionar y legalizar el respectivo CONTRATO DE COMPRAVENTA, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del mismo y a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte de la convocatoria, del contrato, de esta propuesta y las demás estipulaciones de las mismas.

En mi calidad de proponente declaro:

1. Estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta y para suscribir el contrato si resulto adjudicatario del proceso de contratación de la referencia.
2. Que conozco los Términos de Condiciones de la Convocatoria Pública, sus adendas e informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos.
3. De igual forma manifiesto que acepto las consecuencias que se deriven por el incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.
4. Que, en caso de ser aceptada mi propuesta, me comprometo a iniciar la ejecución del contrato respectivo, cuando la ESE dé el orden de iniciación mediante el acta de inicio que se suscriba para el efecto, y a terminarlo dentro de los plazos contractuales de acuerdo con lo establecido en los documentos de la Convocatoria Pública.



5. Que me comprometo a entregar los documentos adicionales relacionados en los Términos de Condiciones, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de perfeccionamiento del contrato.

6. Que conozco y acepto en un todo, las leyes generales y especiales aplicables a esta Convocatoria Pública.

7. Declaro que como representante legal (persona jurídica) o convencional (consorcio y/o unión temporal) o el proponente (persona natural) o persona autorizada del proponente, que no ostento la condición de Servidor Público. Declaro igualmente afirmando BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que no estoy incurso en las prohibiciones y tampoco en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en los artículos 8, 9, 10 y 58 numeral 6 del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios), así como en las demás normas que lo adicionen, modifiquen, deroguen o complementen, el cual conocemos y aceptamos. Desde ahora manifestamos que el hecho de incurrir en alguna prohibición, inhabilidad o incompatibilidad o en otra u otras de similar calidad, ética o moral a juicio del [Insertar información], tiene la virtualidad suficiente para que se disponga la inmediata descalificación de la propuesta.

8. Que leí cuidadosamente los Términos de Condiciones y elaboré mi propuesta ajustada a los mismos. Por tanto, conocí y tuve las oportunidades establecidas para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.

9. Que he tenido conocimiento de las siguientes Adendas que ha modificado los Términos de Condiciones: A. [Insertar información] de fecha: [Insertar información] B. [Insertar información] de fecha: [Insertar información]

9. Que igualmente declaro bajo la gravedad de juramento, que toda la información aportada, corresponde a los documentos, anexos y formatos jurídicos, financieros, técnicos o de experiencia, junto con la oferta y demás, para un total de (____ folios), es veraz y susceptible de comprobación.

10. Que si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas dentro del término indicado en el proceso contractual.

11. Que de conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 (Por medio de la cual se impulsa el emprendimiento en Colombia), respecto de criterios de desempate, manifiesto que la condición de desempate que acredito es: [Insertar información], para lo cual adjunto los siguientes documentos: [Insertar información].

VALIDEZ DE LA PROPUESTA: Para todos los efectos, la vigencia es igual hasta la adjudicación, celebración, ejecución y liquidación del contrato.



PLAZO TOTAL PARA EJECUTAR EL CONTRATO: [Insertar información].

Me permito informar que las notificaciones relativas a esta Convocatoria Pública, las recibiré en la siguiente dirección:

Dirección: [Insertar información]

Ciudad: [Insertar información]

Correo Electrónico: [Insertar información]

Celular: [Insertar información]

Atentamente,

Firma del Proponente: [Insertar información]

Nombre del Proponente: [Insertar información]

Nombre del Representante Legal [Insertar información]

C. C. No. [Insertar información] de [Insertar información]

No. del NIT [Insertar información]

NOTA: En caso de personas naturales, esta carta debe estar firmada por el Proponente, en caso de personas jurídicas, consorcios o uniones temporales, deberá estar firmada por el representante legal debidamente facultado.



FORMATO No 2 – COMPROMISO ANTICORRUPCION.

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados señores:

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado Colombiano y de la ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA SANTANDER, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato de compraventa objeto del Proceso de Contratación.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.



7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].

Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]



FORMATO No 3. DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO.

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados señores:

Los suscritos, [Insertar información] (nombre del Representante Legal) y [Insertar información] (nombre del Representante Legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [Insertar información] (nombre o razón social del integrante indicando número de identificación tributaria) y [Insertar información] (nombre o razón social del integrante indicando número de identificación tributaria), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en CONSORCIO, para participar en la **CONVOCATORIA PUBLICA CON SUBASTA INVERSA No 01 DE 2024** cuyo objeto es **ADQUISICIÓN PARA LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS QUE CONTRIBUYAN AL FORTALECIMIENTO EN LA ATENCION INTEGRAL DE USUARIOS EN LA ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA SANTANDER**, expresamos que cumplimos con cada uno de los aspectos que a continuación se relacionan:

1. Cada una de las personas jurídicas que conforman este Consorcio tiene un término mínimo de duración de un (1) año, contado a partir de la terminación de la vigencia del contrato, que de ser adjudicatarios del presente proceso de selección, se firmaría con la ESE.
2. El objeto social principal de la(s) persona(s) jurídica(s) que integran el presente consorcio, se encuentra directamente relacionado con el objeto contractual del presente proceso.
3. El(los) representante(s) legal(es) de la(s) persona(s) jurídica(s) integrante(s) del presente consorcio, es(son) capaz(ces) jurídicamente para unirse en consorcio con otras personas naturales y/o jurídicas, así como para presentar propuesta, celebrar y ejecutar el respectivo contrato.



4. Las personas naturales que hacen parte del presente consorcio, son legalmente capaces para consorciarse y cumplir con cada una de las obligaciones derivadas de la adjudicación del contrato.

5. De ser adjudicatarios del presente proceso de selección, la duración de este Consorcio será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato y un (1) año más.

6. El Consorcio está integrado por:

NOMBRE	PARTICIPACIÓN (%)
[Insertar información]	[Insertar información]
[Insertar información]	[Insertar información]
[Insertar información]	Insertar información]

7. El Consorcio se denomina [Insertar información].

8. Los integrantes del Consorcio son solidaria y mancomunadamente responsables.

9. El representante legal del Consorcio es [Insertar información] identificado con C.C. No. [Insertar información] de [Insertar información], quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades. Así mismo, representará al consorcio judicial y extrajudicialmente, para lo cual estará facultado en nombrar y suscribir poder para designar apoderado cuando a ello hubiere lugar.

10. En caso de falta temporal o absoluta, será remplazado por el suplente, quien para el caso en concreto es [Insertar información], identificado con C.C. No. [Insertar información] de [Insertar información].

11. La sede del Consorcio es:

Dirección: [Insertar información]
Ciudad: [Insertar información]
Correo Electrónico: [Insertar información]
Teléfono: [Insertar información]
Celular: [Insertar información]

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].



Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]

Acepto,

Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]

Acepto,

Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]



**FORMATO No 4 MODELO DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE UNION
TEMPORAL.**

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados señores:

Los suscritos, [Insertar información] y [Insertar información] (nombre del Representante Legal), debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de [Insertar información] (nombre o razón social del integrante indicando número de identificación tributaria) y [Insertar información] (nombre o razón social del integrante indicando número de identificación tributaria), respectivamente, manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en UNIÓN TEMPORAL, para participar en la **CONVOCATORIA PUBLICA CON SUBASTA INVERSA No 01 DE 2024** cuyo objeto es **ADQUISICIÓN PARA LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS QUE CONTRIBUYAN AL FORTALECIMIENTO EN LA ATENCION INTEGRAL DE USUARIOS EN LA ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA SANTANDER**, expresamos que cumplimos con cada uno e los aspectos que a continuación se relacionan:

1. Cada una de las personas jurídicas que conforman esta Unión Temporal tiene un término mínimo de duración de un (1) año, contado a partir de la terminación de la vigencia del contrato, que de ser adjudicatarios del presente proceso de selección, se firmaría con la ESE.
2. El objeto social principal de la(s) persona(s) jurídica(s) que integran la presente Unión Temporal, se encuentra directamente relacionado con el objeto contractual del presente proceso.
3. El(los) representante(s) legal(es) de la(s) persona(s) jurídica(s) integrante(s) de la presente Unión Temporal, es(son) capaz(ces) jurídicamente para unirse en unión temporal con otras personas naturales y/o jurídicas, así como para presentar propuesta, celebrar y ejecutar el respectivo contrato.



4. Las personas naturales que hacen parte de la presente unión, son legalmente capaces para unirse y cumplir con cada una de las obligaciones derivadas de la adjudicación del contrato.

5. De ser adjudicatarios del presente proceso de selección, la duración de esta Unión Temporal será igual al término de la ejecución y liquidación del contrato y un (1) año más.

6. La Unión Temporal está integrado por

:

NOMBRE	PARTICIPACIÓN (%)
[Insertar información]	[Insertar información]
[Insertar información]	[Insertar información]
[Insertar información]	Insertar información]

7. La Unión Temporal se denomina [Insertar información].

8. Los integrantes de la Unión Temporal son solidaria y mancomunadamente responsables.

9. El representante legal de la Unión Temporal es [Insertar información] identificado con C.C. No. [Insertar información] de [Insertar información], quien está expresamente facultado para firmar, presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación del contrato, firmarlo y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto de su ejecución y liquidación, con amplias y suficientes facultades. Así mismo, representará a la unión temporal judicial y extrajudicialmente, para lo cual estará facultado en nombrar y suscribir poder para designar apoderado cuando a ello hubiere lugar.

10. En caso de falta temporal o absoluta, será remplazado por el suplente, quien para el caso en concreto es [Insertar información], identificado con C.C. No. [Insertar información] de [Insertar información].

11. La sede de la Unión Temporal es:

Dirección: [Insertar información]
Ciudad: [Insertar información]
Correo Electrónico: [Insertar información]
Teléfono: [Insertar información]
Celular: [Insertar información]

En constancia de lo anterior firmo este documento a los [Insertar información] días del mes de [Insertar información] de [Insertar información].



Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]

Acepto,

Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]

Acepto,

Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]



FORMATO No 5 – CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA.

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROPONENTE: Insertar Información.

CONTRATO No	
OBJETO:	
ENTIDAD CONTRATANTE:	
CONTRATISTA:	
VALOR EN PESOS:	
VALOR EN SMMLV:	
FECHA:	
ESTADO:	
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL	
CONTRATO:	

NOTA 1: En caso de propuestas conjuntas, cada uno de los miembros que conforman el proponente, deberán diligenciar el presente Formato, reseñando su aporte a la experiencia que se quiere acreditar.

NOTA 2: El presente Formato se debe acompañar de las correspondientes certificaciones de experiencia del proponente y demás documentos, tal como se indica en los requisitos habilitantes.

Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]

NIT: [Insertar información]



**FORMATO 6 – CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.
(PERSONA NATURAL).**

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados señores.

El suscrito Revisor Fiscal (cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley o el representante legal, hace saber que [Insertar información], ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del Sistema de Salud, Riesgos Laborales, Pensionales y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familia y Servicio Nacional de Aprendizaje, dentro de los últimos seis (6) meses anteriores al cierre de la presente convocatoria. La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002

Atentamente,

NOTA 1: Si la certificación es expedida por el Revisor Fiscal, debe anexar fotocopia de la Cédula de Ciudadanía, Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Junta Central de Contadores, con fecha de expedición no superior a tres (3) meses anteriores a la fecha establecida para el cierre y entrega de propuestas.

NOTA 2: En caso que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también indicar esta circunstancia en el presente anexo.

Firma [Insertar información]

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]



**FORMATO No 7. CERTIFICACIÓN DE PAGO APORTES AL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.
(PERSONA JURIDICA).**

Ciudad, Día, Mes y año.

Señores:

E.S.E. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REFERENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OBJETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados señores.

El suscrito Revisor Fiscal (cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley o el representante legal, hace saber que [Insertar información], ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del Sistema de Salud, Riesgos Laborales, Pensionales y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familia y Servicio Nacional de Aprendizaje, dentro de los últimos seis (6) meses anteriores al cierre de la presente convocatoria. La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

NOTA: Si la certificación es expedida por el Revisor Fiscal, debe anexar fotocopia de la Cédula de Ciudadanía, Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Junta Central de Contadores, con fecha de expedición no superior a tres (3) meses anteriores a la fecha establecida para el cierre y entrega de propuestas.

Firma [Insertar información]

Nombre: [Insertar información]

Documento de Identidad: [Insertar información]



FORMATO 8 – PROPUESTA ECONOMICA

XXXXXXXX, xxxxxx de 2024

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

REFERENCIA: Proceso No. Objeto "xxx"

Referencia: PROPUESTA ECONOMICA en el proceso XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX que tiene como objeto XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados Señores:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en mi calidad de XXXXXXXXXXXX, presento propuesta económica detallada, en atención al proceso XXXXXXXXXXXX de la referencia, de acuerdo con las condiciones establecidas en los Términos y Condiciones generales, declarando que cuento con la totalidad de equipos para su respectiva entrega y cumplimiento.

ITEM	EQUIPO	DESCRIPCION DEL EQUIPO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	IVA	VALOR UNITARIO CON IVA	VALOR TOTAL CON IVA
1	CAMILLA CON BARANDAS, RUEDAS Y FRENOS	1. Camilla de transporte hidráulica. 2. Capacidad de carga de 180 Kg o superior. 3. Posiciones de: trendelemburg, trendelemburg inverso, inclinación espaldar. 4. Altura variable entre 60 cm a 85 cm o superior. 5. Barandas laterales. 6. Con sistema central de freno. 7. Con soporte para atril porta sueros y cilindro de oxígeno. 8. Con colchoneta. 9. Con dos secciones. 10. Ruedas mínimo de 6 pulgadas	3				
2	CENTRIFUGA	1. Centrífuga con capacidad para 24 tubos. 2. Control de velocidad de rotación mínimo de 3200 RPM. 3. Con memoria programable. 4. Tamaño tubo mínimo de 15ml. 5. Tapa con cierre de seguridad. 6. Requerimiento eléctrico 110 V (+/- 10%)/60 Hz. 7. Con pantalla digital.	1				



NIT. 804.014.810-7

		8. Programa de tiempo y RPM. 9. Control de velocidad programable.					
3	DOPPLER FETAL	1. Pantalla LCD O TFT mínimo de 4 pulgadas o superior. 2. Rango de latidos cardiacos fetales de 50 o inferior a 210 lpm o superior. 3. Resolución 1 bpm o menor. 4. Potencia de salida de audio 0.5 W o superior. 5. Transductor de ultrasonido de 2 Mhz o superior. 6. Apagado automático. 7. Operación con batería recargable. 8. Tiempo de autonomía de la batería 90 minutos superior	4				
4	MONITOR DE SIGNOS VITALES	1. Con pantalla color mínimo de 8 pulgadas. 2. Pantalla con tecnología LCD o TFT. 3. Pantalla pacientes adultos, pediátricos y neonatales 4. Medición de los siguientes parámetros ECG, SPO2, NIBP, RESPIRACIÓN Y TEMPERATURA. 5. Tendencias gráficas y numéricas de todos los parámetros monitorizados, seleccionables por el usuario. 6. ECG despliegue numérico de frecuencia cardiaca, despliegue simultáneo en pantalla de mínimo dos derivaciones elegidas por el usuario entre las disponibles seleccionables 7. SpO2 despliegue numérico de saturación de oxígeno. 8. Temperatura mínimo un canal. 9. NIBP despliegue numérico de presión no invasiva (sistólica, diastólica y media). 9.1 rango de error en la medida de máximo 5 mmHg. 10. RESPIRACION curva de respiración. 11. Alarma audibles y visibles, saturación de oxígeno, Temperatura, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia respiratoria. 12. Batería recargable con autonomía mínima de 90 minutos. 13. Gráficas en pantalla de mínimo 4 ondas simultáneas. 14. Requerimientos eléctricos 110-120V/60 Hz	1				
5	REFRIGERADOR PARA VACUNAS	1. Horizontal. 2. Rango de temperatura de 2°C a 8°C. 3. Volumen neto o bruto rango de 250 L (+/-10%). 4. Refrigerante ecológico. 5. Con pantalla digital. 6. Microcontrolado. 7. Puerta con sistema de seguridad.	1				



NIT. 804.014.810-7

		8. Estructura en acero inoxidable. 9. Con mínimo 5 canastillas. 10. Cumplimiento norma OMS y PAI.					
6	BÁSCULA PESA BEBÉS	1. Con capacidad de 20 Kg o superior. 2. Alimentación con baterías recargables o conexión a red eléctrica. 3. Apagado automático. 4. Escala de peso graduada en Kilos y libras 5. Función de Tara, puesta a cero. 6. Tecnología digital con pantalla LCD. 7. Resolución de mínimo 10 gr.	3				
7	EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS DE PARED	1. Con cordones en espiral y dos mangos. 2. Otoscopio y Oftalmoscopio con sistema de luz LED. 3. Requerimiento eléctrico 110v (+/- 10%). 4. Voltaje de 3.5 V, con transformador de pared. 5. Encendido automático al retirar el mango de la base y apagado automático al colocarlo nuevamente en la base. 6. Oftalmoscopio: mínimo con 5 aperturas y 2 filtros con 18 lentes para dioptrías dentro del rango de -1 a +20 o mejor. 7. Otoscopio con transmisión de luz LED.	2				
8	TENSIÓMETRO DE PARED	1. Rango de medición de 0 a 300 mmHg. 2. Precisión de +/-3 mmHg o inferior. 3. Tamaño caratula con diámetro mínimo de 140 mm 4. Perilla de insuflación. 5. Brazaletes para adulto.	3				
9	BÁSCULA GRADO MÉDICO	1. Equipo digital con rango de medición de 0 a 150 Kg o superior. 2. Funcionamiento con baterías o adaptador de voltaje. 3. Función conversión Lb/Kg. 4. Pantalla visualización de datos. 5. Resolución mínimo 0.1 Kg. 6 Apagado Automático	3				
10	OXIMETRO DE PULSO	1. Rango de medición de SpO2: desde 70 hasta 100% o inferior. 2. Rango de medición de pulso: entre 30 y 235 bpm. 3. Pantalla LCD o LED. 4. Modo de operación continuo. 5. Resolución mínima de SpO2 +/-1%. 6. Resolución mínima de Bpm +/- 3bpm o inferior. 7. Visualización numérica de SpO2. 8. Con batería recargable. 9. Visualización de onda pletismográfica. 10. Con alarmas.	3				



NIT. 804.014.810-7

		<ol style="list-style-type: none"> 11. Uso adulto, pediátrico y neonatal. 12. Almacenamiento de registros. 					
11	ELECTROCARDIOGRAFO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con capacidad de adquirir de forma simultanea 12 derivaciones. 2. Pantalla color. 3 Tamaño pantalla mínimo de 5 pulgadas, tecnología LCD o TFT. 4. ECG de 12 canales. 5. Registro en modo automático. 6. Resultados de mediciones de ECG. 7. Software interpretativo. 8. Indicador de la calidad de la señal de ECG. 9. Protección contra desfibrilación. 10. Con impresora térmica, con impresión de mínimo tres derivaciones. 11. Batería recargable. 12. Filtro de línea AC de 60 Hz. 13. Filtro muscular (EMG). 14. Al menos tres velocidades de impresión, de 5, 25 y 50 mm/s. 15. Sensibilidad de al menos 5, 10 y 20 mm /MV. 16. Requerimiento eléctrico AC 110 V (+1- 10%)/ 60 Hz. 17. Memoria mínima 200 ECG o 100 registros. 	2				
12	SILLA DE RUEDAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura en acero. 2. Tapicería en material lavable. 3. Soporte de peso mínimo de 90 Kg. 4. Descansa brazos fijos. 5. Apoya pies extraíbles o abatibles. 6. Con marco plegable. 	2				
13	CONCENTRADOR DE OXIGENO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peso máximo 15 Kg. 2. Pureza del oxígeno de 93% ± 3%. 3. Flujo desde 1Umin o inferior a 5 L/min o superior. 4. Nivel de ruido < 45dB. 5. Con alarma pureza del oxígeno. 6. Requerimientos eléctricos 110 V(+/- 10%)/60 Hz. 7. Modo de funcionamiento continuo. 	2				
14	ANALIZADOR DE QUIMICA SANGUINEA SEMIAUTOMATICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo semiautomático. 2. Fuente de luz halógena. 3. Volumen de aspiración de mínimo 200p1. 4. Selección de longitud de onda con mínimo 8 posiciones. 5. Con interface RS232. 6. Con sistema de calibración. 7. Con sistema de memoria o almacenamiento. 8. Con sistema de programación. 9. Modo de análisis con sistema de cubetas. 10. Con impresora. 11. Con pantalla de visualización. 12. Rango de longitud de onda entre 	1				

		340 y 750 nm. 13. Modo de análisis de punto final, cinética y absorbancia. 14. Requerimientos eléctricos: 110V (+/-10%) / 60 Hz.					
15	ANALIZADOR HEMATOLOGIA SEMIAUTOMATICO AUTOMATICO	1. Equipo semiautomático o automático con medición de .parámetros WBC, LYM#, MON#, GRA#, LYM%, MON%, GRA%, RBC, HGB, HC:T, MCV, MCH, MCHC, RDW-CV, RDW-SD, PLT, MPV, PDW, PCT, P-LCR. 2. Capacidad de almacenamiento mínimo de 50.000 resultados. 3. Modo de conteo sangre entera. 4. Con mínimo un puerto para USB. 5. Con impresora térmica. 6. Con 3 histogramas. 7. Volumen de muestra modo sangre prediluida 20 ul o inferior. 8. Con 20 parámetros o más. 9. Con pantalla táctil LCD. 10. Requerimientos eléctricos: 110 - 120V/ 60 Hz. 11. Rendimiento de 60 muestras/hora.	1				
16	MICROSCOPIO BINOCULAR	1. Equipo con luz LED integrada. 2. Tubo de observación giratorio 360°. 3. Tubo de observación con ángulo de inclinación entre de 30° o superior. 4. Distancia interpupilar ajustable. 5. Ajuste dióptrico	1				
17	REFRIGERADOR	1. Capacidad de 270 L +/- 10%. 2. Alarmas visuales y auditivas. 3. Con canastillas o bandejas. 4. Control de temperatura graduable. 5. Con aislamiento térmico. 6. Requerimiento eléctrico 110 V (+/- 10%)/60 Hz. 7. Vertical 8. Puerta de vidrio con seguridad. 9. Pantalla para visualización de temperatura. 10. Rango de temperatura entre 4°C a 8°C. 11. Refrigerante ecológico.	2				
18	CAMILLA GINECOLOGICA	1. Estructura cromada 2. Colchón de alta densidad. 3. Respaldo y reposapiernas abatible manualmente 4. Asiento con escotadura y bandeja de acero inoxidable 5. Base con cuatro niveladores para evitar desniveles del suelo	1				
19	PIEZA DE ALTA	1. Autoclavable. 2. Potencia mínima de 18W. 3. Presión de operación máximo 35Lb o 40 Psi. 4. Sistema de acople para cambiar la fresa. 5. Con velocidad de rotación mínima 330.000 rpm.	2				

20	CAVITRON	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia de operación mínimo de 25 kHz. 2. Controlado manualmente. 3. Soporte de pieza de mano integrado. 4. Presión de 0.20 Mpa (220Kpa) o superior. 5. Para procedimientos de detartraje. 	1				
21	LAMPARA DE EXAMEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lámpara con soporte de base móvil. 2. Capacidad de iluminación de 20.000 Lux o superior. 3. Temperatura de color de mínimo 4500 °K. 4. Vida útil del LED, mínimo 30.000 horas. 5. Fuente de luz LED. 6. Tamaño de campo de luz con rango entre 10cm a 30 cm. 7. Requerimiento eléctrico 110 V (+/- 10%)/60 	1				
22	EQUIPO DE RAYOS X ODONTOLÓGICO	<p>Cabezote:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Potencia mínimo de 650 W. 2. Rango de KV hasta 70 KV. 3. Rango de mA hasta 10 mA. 4. Distancia de trabajo foco- piel de 20 cm o superior. 5. Filtración total de 2.2 mm o inferior. <p>Tubo de Rayos X:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Punto focal de 0.8 mm o inferior. <p>Timer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tiempo de exposición entre 0.01 seg y 3.2 seg o inferior. <p>Panel de control:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Con pantalla digital. 9. Botón de programación para niño y adulto. 10. Control de parámetros de exposición KV. Requerimientos eléctricos: 11. 110V (+/-10%) 160 Hz. 12. Corriente máxima 8.5 Amp. 	1				
23	LAMPARA DE PROCEDIMIENTOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lámpara de tecnología LED. 2. Iluminación de 50.000 con rango entrey 70.000 Lux. 3. Temperatura de color hasta 5.500°K. 4. Vida útil del LED mínimo 50.000 horas. 5. Base rodable. 6. Diámetro de iluminación de 17 cm como mínimo. 7. Profundidad de la iluminación mínimo de 1.150 mm. 8. Requerimiento110 V/60 Hz. Eléctrico (+/-10%) 9. Número de LEDS: entre 6 y 9. 	1				
24	LARINGOSCOPIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lámpara luz LED. 2. Fabricado en metal resistente a la corrosión. 3. Iluminación mediante fibra óptica. 4. Luz de 2.5 Volts. Como mínimo. 5. Hojas fabricadas en material 	1				



NIT. 804.014.810-7

		inoxidable. 6. Hojas para paciente: Neonatal. 00, 0 (Miller o Machintosh). Pediátrico. 1, 2 (Miller o Machintosh). Adultos. 3, 4 (Miller o Machintosh).					
25	FONENDOSCOP IO	1. Tubo flexible en forma de "Y", con una longitud de 60 cm como mínimo. 2. Diámetro de la campana de mínimo 23 mm 3. Membrana plana. 4. Pieza receptora en forma de campana. 5. Libre de látex. 6. Binaural ajustable. 7. Olivas blandas	2				
26	BAÑO SEROLOGICO	1. Equipo fabricado en acero inoxidable. 2. Protección sobre temperatura. 3. Volumen útil de 7 L +/- 2 L 4. Rango de temperatura de trabajo entre 10°C o menor a 95°C o superior. 5. Control digital de la temperatura. 6. Temporizador integrado. 7. Contar con gradilla portatubos. 8. Requerimiento eléctrico 110V (+/- 10%)/60 Hz.	1				
27	LAMPARA INHALAMBRIC A DE LED DE ESPECTRO ANCHO	1. USO ODONTOLOGICO 2. TRES INTEGRADOS EN UNA LUZ 3. BANDA ANCHA DE 385 A 515 NM 4. LUZ HALOGENA 5. EQUIPADO CON 5W LED 6. CURA RESINA EN INCREMENTOS DE 2 MM 7. MODO SUAVE, LA POTENCIA DEL LED AUMENTA 8. GRADUALMENTE, DANDO UN PERIODO DE GEL MAS LARGO PARA QUE LA RESINA REDUZCA LAS MOLESTIAS EN LOS BORDES CAUSADAS POR LA CONTRACCION DE LA RESINA POR EL ESTRES. 9. FIBRA OPTICA OPTIMIZADA, PUEDE SER ESTERILIZADA EN AUTOCLAVE A 134 GRADOS CENTRIGRADOS, 10. BATERIA FACIL DE CAMBIAR, SE PUEDE CARGAR POR SEPARADO COLOCANDO EL CARGADOR 11. CUENTA CON 2 BATERIAS ORIGINALES QUE PUEDE MANTENER EL DISPOSITIVO FUNCIONANDO CONTINUAMENTE 12. DISEÑO ERGONOMICO CON LINEAS SUAVES, Y TAMAÑO PEQUEÑO 13. SE PUEDE SOSTENER FACILMENTE INTENSIDAD DE LUZ CONSTANTE 14. INCLUYE PROTECTOR NARANJA	1				
VALOR TOTAL							



Mi propuesta económica total es por la suma de: LETRAS MECTE (\$).

NOTA: Los precios aquí establecidos incluyen: 1. Entrega, instalación, puesta en funcionamiento y prueba de puesta en marcha de los equipos biomédicos en su destino final (E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA SANTANDER), en presencia del Supervisor y del personal que se designe para ello, dentro del plazo contemplado para la ejecución del contrato, junto con la hoja de vida de los equipos en medio físico y digital, en donde se especifique las características técnicas del equipo. 2. Entregar de los manuales de los equipos biomédicos como son: Operación, funcionamiento y mantenimiento en idioma castellano, en medio físico y digital. 3. Entrega de todas las garantías de los equipos biomédicos, las cuales serán como mínimo de un (1) año. 4. Los equipos biomédicos se entregarán acondicionados y embalados de forma tal, que sus características y funciones según la utilización prevista, no se vean alteradas durante el almacenamiento y transporte, teniendo en cuenta las instrucciones y datos facilitados por el fabricante. 5. Incluye la capacitación del manejo de los equipos biomédicos a los empleados de la E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MOLAGAVITA SANTANDER, que los operará, así como al personal de mantenimiento biomédico.

(Firma en ORIGINAL del interesado o su Representante Legal)
C.C. _____



FORMATO 09- REQUISITOS TÉCNICOS

XXXXXXXX, xxxxxx de 2024

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

REFERENCIA: Proceso No. Objeto ""

Referencia: REQUISITOS TECNICOS en el proceso XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX que tiene como objeto XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados Señores:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en mi calidad de XXXXXXXXXXXXX, presento **REQUISITOS TÉCNICOS**, en atención al proceso XXXXXXXXXXXXX de la referencia, de acuerdo con las condiciones establecidas en los Términos y Condiciones generales.

1. Ficha técnica de todos los ítems ofertados.

ITEM	EQUIPO	DESCRIPCION DEL EQUIPO	CANTIDAD
1	CAMILLA CON BARANDAS, RUEDAS Y FRENS	<ol style="list-style-type: none">1. Camilla de transporte hidráulica.2. Capacidad de carga de 180 Kg o superior.3. Posiciones de: trendelemburg, trendelemburg inverso, inclinación espaldar.4. Altura variable entre 60 cm a 85 cm o superior.5. Barandas laterales.6. Con sistema central de freno.7. Con soporte para atril porta sueros y cilindro de oxígeno.8. Con colchoneta.9. Con dos secciones.10. Ruedas mínimo de 6 pulgadas	3
2	CENTRIFUGA	<ol style="list-style-type: none">1. Centrifuga con capacidad para 24 tubos.2. Control de velocidad de rotación mínimo de 3200 RPM.3. Con memoria programable.4. Tamaño tubo mínimo de 15ml.5. Tapa con cierre de seguridad.6. Requerimiento eléctrico 110 V (+/-10%)/60 Hz.7. Con pantalla digital.8. Programa de tiempo y RPM.9. Control de velocidad programable.	1



NIT. 804.014.810-7

3	DOPPLER FETAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantalla LCD O TFT mínimo de 4 pulgadas o superior. 2. Rango de latidos cardiacos fetales de 50 o inferior a 210 lpm o superior. 3. Resolución 1 bpm o menor. 4. Potencia de salida de audio 0.5 W o superior. 5. Transductor de ultrasonido de 2 Mhz o superior. 6. Apagado automático. 7. Operación con batería recargable. 8. Tiempo de autonomía de la batería 90 minutos superior 	4
4	MONITOR DE SIGNOS VITALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con pantalla color mínimo de 8 pulgadas. 2. Pantalla con tecnología LCD o TFT. 3. Pantalla pacientes adultos, pediátricos y neonatales 4. Medición de los siguientes parámetros ECG, SPO2, NIBP, RESPIRACIÓN Y TEMPERATURA. 5. Tendencias gráficas y numéricas de todos los parámetros monitorizados, seleccionables por el usuario. 6. ECG despliegue numérico de frecuencia cardiaca, despliegue simultáneo en pantalla de mínimo dos derivaciones elegidas por el usuario entre las disponibles seleccionables 7. SpO2 despliegue numérico de saturación de oxígeno. 8. Temperatura mínimo un canal. 9. NIBP despliegue numérico de presión no invasiva (sistólica, diastólica y media). 9.1 rango de error en la medida de máximo 5 mmHg. 10. RESPIRACION curva de respiración. 11. Alarma audibles y visibles, saturación de oxígeno, Temperatura, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia respiratoria. 12. Batería recargable con autonomía mínima de 90 minutos. 13. Gráficas en pantalla de mínimo 4 ondas simultáneas. 14. Requerimientos eléctricos 110-120V/60 Hz 	1
5	REFRIGERADOR PARA VACUNAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Horizontal. 2. Rango de temperatura de 2°C a 8°C. 3. Volumen neto o bruto rango de 250 L (+/-10%). 4. Refrigerante ecológico. 5. Con pantalla digital. 6. Microcontrolado. 7. Puerta con sistema de seguridad. 8. Estructura en acero inoxidable. 9. Con mínimo 5 canastillas. 10. Cumplimiento norma OMS y PAI. 	1
6	BÁSCULA PESA BEBÉS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con capacidad de 20 Kg o superior. 2. Alimentación con baterías recargables o conexión a red eléctrica. 3. Apagado automático. 4. Escala de peso graduada en Kilos y libras 5. Función de Tara, puesta a cero. 6. Tecnología digital con pantalla LCD. 7. Resolución de mínimo 10 gr. 	3
7	EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS DE PARED	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con cordones en espiral y dos mangos. 2. Otoscopio y Oftalmoscopio con sistema de luz LED. 3. Requerimiento eléctrico 110v (+/-10%). 4. Voltaje de 3.5 V, con transformador de pared. 5. Encendido automático al retirar el mango de la base y apagado automático al colocarlo nuevamente en la base. 6. Oftalmoscopio: mínimo con 5 aperturas y 2 filtros con 18 lentes para dioptrías dentro del rango de -1 a +20 o mejor. 7. Otoscopio con transmisión de luz LED. 	2
8	TENSIÓMETRO DE PARED	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rango de medición de 0 a 300 mmHg. 2. Precisión de +/-3 mmHg o inferior. 3. Tamaño caratula con diámetro mínimo de 140 mm 	3

		<ul style="list-style-type: none"> 4. Perilla de insuflación. 5. Brazaletes para adulto. 	
9	BÁSCULA MÉDICO GRADO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Equipo digital con rango de medición de 0 a 150 Kg o superior. 2. Funcionamiento con baterías o adaptador de voltaje. 3. Función conversión Lb/Kg. 4. Pantalla visualización de datos. 5. Resolución mínimo 0.1 Kg. 6 Apagado Automático 	3
10	OXIMETRO DE PULSO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rango de medición de SpO2: desde 70 hasta 100% o inferior. 2. Rango de medición de pulso: entre 30 y 235 bpm. 3. Pantalla LCD o LED. 4. Modo de operación continuo. 5. Resolución mínima de SpO2 +/-1%. 6. Resolución mínima de Bpm +/- 3bpm o inferior. 7. Visualización numérica de SpO2. 8. Con batería recargable. 9. Visualización de onda pletismográfica. 10. Con alarmas. 11. Uso adulto, pediátrico y neonatal. 12. Almacenamiento de registros. 	3
11	ELECTROCARDIOGR AFO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Con capacidad de adquirir de forma simultanea 12 derivaciones. 2. Pantalla color. 3 Tamaño pantalla mínimo de 5 pulgadas, tecnología LCD o TFT. 4. ECG de 12 canales. 5. Registro en modo automático. 6. Resultados de mediciones de ECG. 7. Software interpretativo. 8. Indicador de la calidad de la señal de ECG. 9. Protección contra desfibrilación. 10. Con impresora térmica, con impresión de mínimo tres derivaciones. 11. Batería recargable. 12. Filtro de línea AC de 60 Hz. 13. Filtro muscular (EMG). 14. Al menos tres velocidades de impresión, de 5, 25 y 50 mm/s. 15. Sensibilidad de al menos 5, 10 y 20 mm /MV. 16. Requerimiento eléctrico AC 110 V (+1- 10%)/ 60 Hz. 17. Memoria mínima 200 ECG o 100 registros. 	2
12	SILLA DE RUEDAS	<ul style="list-style-type: none"> 1. Estructura en acero. 2. Tapicería en material lavable. 3. Soporte de peso mínimo de 90 Kg. 4. Descansa brazos fijos. 5. Apoya pies extraíbles o abatibles. 6. Con marco plegable. 	2
13	CONCENTRADOR DE OXIGENO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Peso máximo 15 Kg. 2. Pureza del oxígeno de 93% ± 3%. 3. Flujo desde lUmin o inferior a 5 L/min o superior. 4. Nivel de ruido < 45dB. 5. Con alarma pureza del oxígeno. 6. Requerimientos eléctricos 110 V(+/-10%)/60 Hz. 7. Modo de funcionamiento continuo. 	2
14	ANALIZADOR DE QUIMICA SANGUINEA SEMIAUTOMATICO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Equipo semiautomático. 2. Fuente de luz halógena. 3. Volumen de aspiración de mínimo 200p1. 4. Selección de longitud de onda con mínimo 8 posiciones. 5. Con interface RS232. 6. Con sistema de calibración. 7. Con sistema de memoria o almacenamiento. 8. Con sistema de programación. 	1

		<p>9. Modo de análisis con sistema de cubetas. 10. Con impresora. 11. Con pantalla de visualización. 12. Rango de longitud de onda entre 340 y 750 nm. 13. Modo de análisis de punto final, cinética y absorbancia. 14. Requerimientos eléctricos: 110V (+/-10%)/ 60 Hz.</p>	
15	ANALIZADOR HEMATOLOGIA SEMIAUTOMATICO O AUTOMATICO	<p>1. Equipo semiautomático o automático con medición de .parámetros WBC, LYM#, MON#, GRA#, LYM%, MON%, GRA%, RBC, HGB, HC:T, MCV, MCH, MCHC, RDW-CV, RDW-SD, PLT, MPV, PDW, PCT, P-LCR. 2. Capacidad de almacenamiento mínimo de 50.000 resultados. 3. Modo de conteo sangre entera. 4. Con mínimo un puerto para USB. 5. Con impresora térmica. 6. Con 3 histogramas. 7. Volumen de muestra modo sangre prediluida 20 ul o inferior. 8. Con 20 parámetros o más. 9. Con pantalla táctil LCD. 10. Requerimientos eléctricos: 110 - 120V/ 60 Hz. 11. Rendimiento de 60 muestras/hora.</p>	1
16	MICROSCOPIO BINOCULAR	<p>1. Equipo con luz LED integrada. 2. Tubo de observación giratorio 360°. 3. Tubo de observación con ángulo de inclinación entre de 30° o superior. 4. Distancia interpupilar ajustable. 5. Ajuste dióptrico</p>	1
17	REFRIGERADOR	<p>1. Capacidad de 270 L +/- 10%. 2. Alarmas visuales y auditivas. 3. Con canastillas o bandejas. 4. Control de temperatura graduable. 5. Con aislamiento térmico. 6. Requerimiento eléctrico 110 V (+/- 10%)/60 Hz. 7. Vertical 8. Puerta de vidrio con seguridad. 9. Pantalla para visualización de temperatura. 10. Rango de temperatura entre 4°C a 8°C. 11. Refrigerante ecológico.</p>	2
18	CAMILLA GINECOLOGICA	<p>1. Estructura cromada 2. Colchón de alta densidad. 3. Respaldo y reposapiernas abatible manualmente 4. Asiento con escotadura y bandeja de acero inoxidable 5. Base con cuatro niveladores para evitar desniveles del suelo</p>	1
19	PIEZA DE ALTA	<p>1. Autoclavable. 2. Potencia mínima de 18W. 3. Presión de operación máximo 35Lb o 40 Psi. 4. Sistema de acople para cambiar la fresa. 5. Con velocidad de rotación mínima 330.000 rpm.</p>	2
20	CAVITRON	<p>1. Frecuencia de operación mínimo de 25 kHz. 2. Controlado manualmente. 3. Soporte de pieza de mano integrado. 4. Presión de 0.20 Mpa (220Kpa) o superior. 5. Para procedimientos de detartraje.</p>	1
21	LAMPARA EXAMEN DE	<p>1. Lámpara con soporte de base móvil. 2. Capacidad de iluminación de 20.000 Lux o superior. 3. Temperatura de color de mínimo 4500 °K. 4. Vida útil del LED, mínimo 30.000 horas. 5. Fuente de luz LED. 6. Tamaño de campo de luz con rango entre 10cm a 30 cm. 7. Requerimiento eléctrico 110 V (+/-10%)/60</p>	1

22	EQUIPO DE RAYOS X ODONTOLOGICO	<p>Cabezote:</p> <ol style="list-style-type: none"> Potencia mínimo de 650 W. Rango de KV hasta 70 KV. Rango de mA hasta 10 mA. Distancia de trabajo foco- piel de 20 cm o superior. Filtración total de 2.2 mm o inferior. <p>Tubo de Rayos X:</p> <ol style="list-style-type: none"> Punto focal de 0.8 mm o inferior. <p>Timer:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tiempo de exposición entre 0.01 seg y 3.2 seg o inferior. <p>Panel de control:</p> <ol style="list-style-type: none"> Con pantalla digital. Botón de programación para niño y adulto. Control de parámetros de exposición KV. Requerimientos eléctricos: 110V (+/-10%) 160 Hz. Corriente máxima 8.5 Amp. 	1
23	LAMPARA DE PROCEDIMIENTOS	<ol style="list-style-type: none"> Lámpara de tecnología LED. Iluminación de 50.000 con rango entrey 70.000 Lux. Temperatura de color hasta 5.500°K. Vida útil del LED mínimo 50.000 horas. Base rodable. Diámetro de iluminación de 17 cm como mínimo. Profundidad de la iluminación mínimo de 1.150 mm. Requerimiento 110 V/60 Hz. Eléctrico (+/-10%) Número de LEDS: entre 6 y 9. 	1
24	LARINGOSCOPIO	<ol style="list-style-type: none"> Lámpara luz LED. Fabricado en metal resistente a la corrosión. Iluminación mediante fibra óptica. Luz de 2.5 Volts. Como mínimo. Hojas fabricadas en material inoxidable. Hojas para paciente: Neonatal. 00, 0 (Miller o Machintosh). Pediátrico. 1, 2 (Miller o Machintosh). Adultos. 3, 4 (Miller o Machintosh). 	1
25	FONENDOSCOPIO	<ol style="list-style-type: none"> Tubo flexible en forma de "Y", con una longitud de 60 cm como mínimo. Diámetro de la campana de mínimo 23 mm Membrana plana. Pieza receptora en forma de campana. Libre de látex. Binaural ajustable. Olivas blandas 	2
26	BAÑO SEROLOGICO	<ol style="list-style-type: none"> Equipo fabricado en acero inoxidable. Protección sobre temperatura. Volumen útil de 7 L +/- 2 L Rango de temperatura de trabajo entre 10°C o menor a 95°C o superior. Control digital de la temperatura. Temporizador integrado. Contar con gradilla portatubos. Requerimiento eléctrico 110V (+/- 10%)/60 Hz. 	1
27	LAMPARA INHALAMBRICA DE LED DE ESPECTRO ANCHO	<ol style="list-style-type: none"> USO ODONTOLOGICO TRES INTEGRADOS EN UNA LUZ BANDA ANCHA DE 385 A 515 NM LUZ HALOGENA EQUIPADO CON 5W LED CURA RESINA EN INCREMENTOS DE 2 MM MODO SUAVE, LA POTENCIA DEL LED AUMENTA GRADUALMENTE, DANDO UN PERIODO DE GEL MAS LARGO PARA QUE LA RESINA REDUZCA LAS MOLESTIAS EN LOS BORDES CAUSADAS 	1



		<p>POR LA CONTRACCION DE LA RESINA POR EL ESTRES. 9. FIBRA OPTICA OPTIMIZADA, PUEDE SER ESTERILIZADA EN AUTOCLAVE A 134 GRADOS CENTRIGRADOS, 10. BATERIA FACIL DE CAMBIAR, SE PUEDE CARGAR POR SEPARADO COLOCANDO EL CARGADOR 11. CUENTA CON 2 BATERIAS ORIGINALES QUE PUEDE MANTENER EL DISPOSITIVO FUNCIONANDO CONTINUAMENTE 12. DISEÑO ERGONOMICO CON LINEAS SUAVES, Y TAMAÑO PEQUEÑO 13. SE PUEDE SOSTENER FACILMENTE INTENSIDAD DE LUZ CONSTANTE 14. INCLUYE PROTECTOR NARANJA</p>	
--	--	---	--

2. Carta de garantía de los equipos biomédicos.
3. Carta de disponibilidad de accesorios y repuestos de los equipos médicos, cuando aplique.
4. Declaración del proponente en la que conste que ningún equipo es re manufacturado, ni re empacado, deben ser equipos originales.
5. Carta de certificación de mantenimiento preventivo para los equipos médicos, cuando aplique.
6. Registro Sanitario o certificación expedida por el INVIMA
7. Permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano **Decreto 4725 de Diciembre 26 de 2005**



FORMATO 10- MANIFESTACIÓN INTERES A PARTICIPAR

XXXXXXXX, xxxxxx de 2024

Señores

[NOMBRE DE LA ENTIDAD]

REFERENCIA: Proceso No. Objeto "XXX"

**Referencia: MANIFESTACIÓN DE INTERÉS EN PARTICIPAR en el proceso
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** que tiene como objeto XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Respetados Señores:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en mi calidad de XXXXXXXXXXXXXXX, manifiesto interés en participar en el proceso XXXXXXXXXXXXXXX de la referencia, de acuerdo con las condiciones establecidas en los Términos y Condiciones generales.

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento, y actuando en nombre y representación de la XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, lo siguiente:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, identificado con N° XXXXXXXXXXXXXXX de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, tengo facultad como representante legal para presentar la presente Manifestación de Interés en representación de la XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

He leído y estudiado cuidadosamente y doy consentimiento que conozco en su totalidad los términos y documentos del proceso XXXXXXXXXXXXXXX.

Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Manifestación de Interés en nombre del Interesado. Que i) conozco las normas que consagran las inhabilidades, incompatibilidades y limitaciones para contratar, (ii) ni yo ni los representantes legales y socios de la empresa, ni el interesado que legalmente represento se encuentran actuando en una situación de conflicto de interés o inmersos en alguna causal que genere inhabilidad, incompatibilidad o limitación para contratar previstas en la ley, y (iii) me comprometo a informar a la ESE. inmediatamente en caso de sobrevenir alguna inhabilidad, incompatibilidad y/o limitación, caso en cual el interesado que represento renunciará a continuar en la Preselección.



No he hecho mal uso de información privilegiada, ni he incurrido en un acto de competencia desleal y/o conflicto de interés de acuerdo con lo establecido en la Ley.

Que el Interesado no se encuentra incurso en causal de disolución o en liquidación.

Declaro y acepto que el ESE XXXXXXXXXXXX está facultada para no iniciar y podrá suspender o cancelar el presente proceso de selección XXXXXXXXXXXXXXXX, en cualquier momento.

Declaro y acepto que el proceso XXXXXXXXXXXXXXXX realizada por la ESE XXXXXXXXXXXX, no constituye oferta comercial y no la obligan a adelantar un proceso de compras y contratación, ni a suscribir ningún contrato.

Recibiré notificaciones oficiales en la siguiente:

Nombre del Interesado _____

Nombre del Representante Legal _____

C. C. No. _____ **De** _____

Matrícula Profesional No. _____

No. del NIT de la persona Jurídica _____

Dirección física de correo _____

Correo electrónico _____

Telefax _____

Ciudad _____