DIRECCIÓN QUIRÚRGICA

 **DEPARTAMENTO DE EVALUACION TECNOLOGICA**

 **CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTRADA:**  **FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ORIGEN DEL PRESUPUESTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LICITACIÓN |  | No. Evento/contrato/ convenio |  |
|  | INVITACIÓN A TRES |  | No. Partida: |  |
|  | COMPRA DIRECTA |  | DONACIÓN |  |
|  | DEMOSTRACIÓN |  | SINIESTRO |  |
|  | PERMANENTE |  |  |  |

 |
| **PROVEEDOR:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COMPAÑÍA : |  | TELEFONOS : |  |
| REPRESENTANTE : |  | ING. SERVICIO : |  |
| E-MAILS : |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN:** |  |  |  |
| EQUIPO:  |  | CLASIFICACIÓN ART.83 RIS: |  |
| CANTIDAD: |  | VOLTAJE/CORRIENTE/WATTS: |  |
| MARCA: |  | MODELO: |  | SERIE: |   |
| COSTO DEL EQUIPO  |  | No.  |  |  |  |
| (CON IVA): |  | CONTROL: |  |  |  |

 |
| **UBICACIÓN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ÁREA: |  | SERVICIO: |  |
| RESPONSABLE /EXT/EMAIL: |  |
|  |

 |
| **CAMBIO POR GARANTIA: FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*LLENAR LOS DATOS, SI Y SOLO SI SE REALIZÓ CAMBIO DE EQUIPO POR GARANTIA.**NO. CONTROL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SERIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\*LLENAR LOS DATOS, SI Y SOLO SI SE REALIZO CAMBIO DE ACCESORIO POR GARANTIA.**ACCESORIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MARCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MODELO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SERIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MANUALES O FOLLETOS ENTREGADOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDADDEL JEFE DE SERVICIO O RESPONSABLE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CARACTERÍSTICAS** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10….En caso de requerirse anexar hoja con características | 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10… | 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10… |
| **ACCESORIOS Y COMPONENTES** | **MARCA** | **MODELO** | **SERIE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SOFTWARE:** |
| **NOMBRE** | **LICENCIA** | **No. DISCOS/USB** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **MANUALES DEL EQUIPO** | **MANUALES DE LOS ACCESORIOS** |
|  DIGITAL IMPRESO FOLLETO  | DIGITAL IMPRESO FOLLETO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARTES FALTANTES** |
| **CANTIDAD:** | **DESCRIPCIÓN:** | **FECHA DE ENTREGA** | **FIRMA DE ENTREGA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SE ENTREGA MANUAL DE USUARIO Y/O INSTRUCTIVO AL AREA USUARIA:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **N/A** |
|  **SE ENTREGA SOFTWARE AL AREA USUARIA** |  |  |  |

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PROVEEDOR FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO O . RESPONSABLE TECNICO. \*Termina entrega de equipos y accesorios\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REQUIERE CAPACITACIÓN:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **REQUIERE INSTALACIÓN Y/O PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO (F06-PR-SSQ-04)** | **SI** | **NO** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **USUARIO** |  |  |
| **BIOMÉDICA** |  |  |

**SE ENTREGA FUNCIONANDO AL ÁREA USUARIA FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FECHA DE CONCLUSION DE CAPACITACION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL****DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA** |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES**\*\* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*\*solo en caso necesario