

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA  
DISPOSITIVOS Y OTROS

**Nombre de la Institución:** Caja de Seguro Social

**Unidad Ejecutora:** COORDINACIÓN NACIONAL DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**Nombre del Director o Jefe de la Institución:** DR. EDWIN RANGEL

**Nombre del Jefe del Servicio:** DRA. MARTA LENGUA

**Nivel de Atención:** Nivel II: Hospitales Generales, Políclnicas Especializada, Policentro Especializado

**Clasificación de Nivel de Riesgo:** A - Bajo Riesgo. Instrumentos quirúrgicos simples, depresor lingual

**Subcomité:** MÉDICO QUIRÚRGICO

**Tipo de Producto:** Equipo

**Nombre Genérico:** EQUIPO ROBÓTICO PORTÁTIL PARA TERAPIAS PASIVAS Y ACTIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

**Descripción del Producto:**

Equipo robótico, compacto y portátil, diseñado para asistir en los programas de rehabilitación en personas con afecciones en extremidades superiores e inferiores. Asiste en las movilizaciones pasivas, activas, activas-asistidas y activas-resistidas como parte de programas de neurorehabilitación, rehabilitación ortopédica, y de otras alteraciones musculoesqueléticas.

**Especificaciones Técnicas**

1. COMPOSICIÓN ESTRUCTURAL
  - 1.1. Cuerpo principal
    - 1.1.1. Con capacidad para movilización de las siguientes articulaciones como mínimo:
      - 1.1.1.1. Codo
      - 1.1.1.2. Muñeca
      - 1.1.1.3. Rodilla
      - 1.1.1.4. Tobillo
    - 1.2. Actuador: con capacidad de fijarse dependiendo de la articulación a tratar
    - 1.3. Peso total del equipo no mayor de 20kg
  2. CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES
    - 2.1. Rango de velocidad mínimo: 40° - 400°/minuto
    - 2.2. Medición de rangos de movimiento:
      - 2.2.1. Pasivos
      - 2.2.2. Activos
    - 2.3. Modos de terapia pasiva y activa (asistida y resistida):
      - 2.3.1. Permite un mínimo de 10 niveles de velocidad en °/min.
      - 2.3.2. Permite un mínimo de 10 niveles de asistencia y resistencia.
      - 2.3.3. Posiciones mínimas de ejercicio:
        - 2.3.3.1. Codo: supino, prono y neutral.
        - 2.3.3.2. Muñeca: supino, prono y neutral.
        - 2.3.3.3. Rodilla: decúbito supino y sentado.
        - 2.3.3.4. Tobillo: decúbito supino y sentado.

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA  
DISPOSITIVOS Y OTROS

2.3.4. Rango de movimiento:

2.3.4.1. Codo: flexión/extensión de 0° a 140° mínimo.

2.3.4.2. Muñeca: desviación radial/flexión/extensión de 0° a 60° mínimo.

2.3.4.3. Rodilla:

2.3.4.3.1. En decúbito supino: flexión/extensión de 0° a 80° mínimo.

2.3.4.3.2. En posición sentada: flexión/extensión de 0° a 60° mínimo.

2.3.4.4. Tobillo (supino/sentado): dorsiflexión/flexión de 0° a 110° mínimo

3. SEGURIDAD Y TECNOLOGÍA

3.1. Control operativo de las funciones del equipo con las siguientes opciones como mínimo:

3.1.1. Control remoto

3.1.2. Aplicación móvil

3.2. Visualización como mínimo de:

3.2.1. Tiempo transcurrido del ejercicio

3.2.2. Repeticiones del ejercicio

3.2.3. Ángulos de movimiento.

3.3. Registro de los datos de las sesiones anteriores.

3.4. Capacidad máxima de carga del paciente: 130 kg o más

4. ACCESORIOS

4.1. Funda desechable de extremidad superior e inferior

4.2. Correas de ajustes para extremidad superior e inferior

4.3. Maleta con ruedas integradas para transporte del equipo

4.4. Control remoto

NOTA: LA UNIDAD EJECUTORA SOLICITANTE DEBERÁ ESPECIFICAR CADA UNO DE LOS ACCESORIOS QUE REQUIERA ADQUIRIR CON EL EQUIPO.

Fecha de Expiración:

Presentación:

Unidad

Certificación de Pre-Homologación por el Jefe de Servicio (sólo para equipos médicos)

Nombre de los especialistas e Instituciones participantes:

DR. EDWIN RANGEL - CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DRA. INGRID GONZÁLEZ- INSTITUTO ESPECIALIZADO DE NEURODESARROLLO INTEGRAL  
DRA. GLADYS RUMBO - INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Fecha:

14/8/2025

Lugar:

COORDINACIÓN NACIONAL DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio:

Observaciones

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA  
DISPOSITIVOS Y OTROS

1. Garantía de dos (2) años mínimo en piezas y mano de obra, a partir de la fecha de aceptación a satisfacción.
  2. Certificación emitida por el fabricante de que el equipo es nuevo no reconstruido.
  3. Certificación del fabricante en donde confirmen la disponibilidad de piezas de repuestos por un periodo de 7 años mínimo.
- Para el ganador definitivo al momento de la entrega debe cumplir con:
1. un (1) ejemplar del manual de operación, funcionamiento.
  2. Un (1) ejemplar del manual de servicio técnico, debe incluir lista de partes, diagramas eléctricos y electrónicos.
  3. Presentar programa de mantenimiento preventivo que brindará cada seis (6) meses o cuando lo solicite la unidad ejecutora, durante el período de garantía.
  4. Brindar entrenamiento de operación de 16 horas mínimo, al personal del servicio o departamento que tendrá a su cargo la operación del equipo.
  5. Brindar entrenamiento de mantenimiento y reparación de 16 horas mínimo al personal técnico de Biomédica que tendrá a su cargo el mantenimiento y reparación del equipo después de la garantía, por personal certificado por el fabricante.
  6. El tiempo de entrega debe ser establecido por la Unidad Ejecutora.
  7. Para la aceptación a conformidad del equipo, el proveedor debe entregar, por medios digitales físicos o accesos en línea, los sistemas de restauración de programas, incluyendo el sistema operativo, sistemas controladores, licencias adquiridas y de estación de trabajo (si está incluida en la compra).

Correo: erangel@css.gob.pa

Teléfono: 6672-7662

Nombre Legible y Firma del Director o Jefe de Institución

Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio

Fecha de Solicitud