

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-09
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	02
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	30-05-2014
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	Realización de un programa radial con emisión semanal en una emisora perteneciente a una cadena radial con presencia nacional, desde el mes de febrero hasta diciembre de 2015 (48 emisiones)
3. PROVEEDOR	CARACOL RADIO
4. ESPECIFICACIONES:	Selección de proveedor para la realización de un programa radial con emisión semanal de 60 minutos (hora radio) en una emisora perteneciente a una cadena radial con presencia nacional, desde el mes de febrero hasta diciembre de 2015 (48 emisiones) Todas las emisiones del programa radial, se deben realizar un mismo día de la semana (martes o miércoles) y a la misma hora del día

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. ¿LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE?	SI ☐	NO ☒
6. ¿EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
¿PORQUE ?		
7. ¿RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☐ NO ☒		
¿PORQUE ?	El día de emisión del programa ofrecido (domingos 09:00 a 10:00a.m) en la emisora Q1 Hubo Radio, no corresponde a los solicitado en el anexo 3 donde se especifica la emisión en vivo del programa los días martes o miércoles. No establece un cronograma de trabajo, tan solo se especifica día y hora, lo que no corresponde a una programación de producción de cada emisión. No se realiza descripción general del programa, tan solo enumera actividades, lo que impide establecer la propuesta periodística. La escaleta debe especificar el cómo se realizarán las diferentes secciones propuestas	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
¿PORQUE ?	No cumple lo solicitado en anexo 3	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	DIANA CAROLINA DAZA FRANCO		
FIRMA (S):		FECHA:	DD 20 MM 02 AAAA 2015
CARGO:	ASESORA DE COMUNICACIONES	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN GENERAL
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D ☐ MM ☐ AAAA ☐
CARGO:		DEPENDENCIA:	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D ☐ MM ☐ AAAA ☐
CARGO:		DEPENDENCIA:	

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.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-03
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	02
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	30-05-2014
Página 1 de 1			

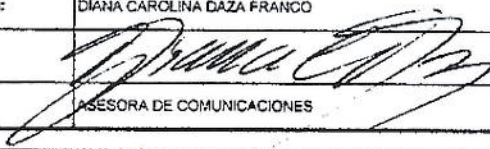
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	Realización de un programa radial con emisión semanal en una emisora perteneciente a una cadena radial con presencia nacional, desde el mes de febrero hasta diciembre de 2015 (48 emisiones)
3. PROVEEDOR	CARLOS ALVAREZ SANABRIA
4. ESPECIFICACIONES: Selección de proveedor para la realización de un programa radial con emisión semanal de 60 minutos (hora radio) en una emisora perteneciente a una cadena radial con presencia nacional, desde el mes de febrero hasta diciembre de 2015 (48 emisiones). Todas las emisiones del programa radial, se deben realizar un mismo día de la semana (martes o miércoles) y a la misma hora del día.	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. ¿LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE?	SI ☒	NO ☐
6. ¿EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
¿PORQUE ?		
7. ¿RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☒ NO ☐		
¿PORQUE ?	Cumple satisfactoriamente con los ítems requeridos solicitados en los anexos 3 y 4, con descripciones detalladas de los requerimientos	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
¿PORQUE ?	El proveedor ofrece la cadena radial RCN Radio Red con emisión todos los miércoles de 12:00 a 1:00 pm, emisora que según el ECAR (Estudio Continuo de Audiencia Radial) se encuentra posicionada como una de las cadenas radiales más escuchadas en el día AM.	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

16. NOMBRE (S):	DIANA CAROLINA DAZA FRANCO		
FIRMA (S):		FECHA:	DD 20 MM 02 AAAA 2015
CARGO:	ASESORA DE COMUNICACIONES	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN GENERAL
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D ☐ MM ☐ AAAA ☐
CARGO:		DEPENDENCIA:	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D ☐ MM ☐ AAAA ☐
CARGO:		DEPENDENCIA:	

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.