

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

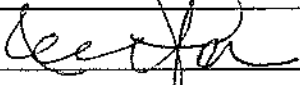
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	<u>MONITOREO INTRAOPERATORIO</u>
3. PROVEEDOR	<u>MEDINISTROS</u>
4. ESPECIFICACIONES: ALQUILER DE LOS EQUIPOS MONITOREO DE NERVIOS C2 INCLUYE ELECTRODOS DE REGISTRO PINZA DE ESTIMULACIÓN DE PARES CRANEALES. Equipo para procedimientos de Neurocirugía en los cuales no se requiera la utilización de potenciales evocados MEP, SEP.	

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 ?	<u>el equipo cumple con las especificaciones pero no se cumple con el objeto global del contrato.</u>	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	No cumple requerimiento del objeto del contrato	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO		
FIRMA (S):		FECHA	DD 03 MM 3 AAAA 2016
CARGO:	COORDINADORA GRUPO ESTERILIZACIÓN	DEPENDENCIA	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DD MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DD 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-09
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	02
	REEVALUACION MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	30-05-2014
		Página 1 de 1	

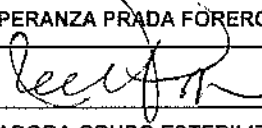
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	<u>MONITOREO INTRAOPERATORIO</u>
3. PROVEEDOR	<u>IM QUIRURGICOS S.A.S</u>
4. ESPECIFICACIONES: ALQUILER DE LOS EQUIPOS MONITOREO DE NERVIOS C2 INCLUYE ELECTRODOS DE REGISTRO PINZA DE ESTIMULACIÓN DE PARES CRANEALES. Equipo para procedimientos de Neurocirugía en los cuales no se requiera la utilización de potenciales evocados MEP, SEP. ALQUILER DE LOS EQUIPOS MONITOREO DE NERVIOS C2 INCLUYE ELECTRODOS DE REGISTRO PINZA DE ESTIMULACIÓN CABEZA Y CUELLO. Equipo para procedimientos de cabeza y cuello para monitorización de nervio laríngeo y parotidectomía total conservadora del VII par craneal. ALQUILER DE EQUIPO DE MONITOREO INTRAOPERATORIO ISIS IOM, 16 CANALES, ELECTROMIOGRAFIA Y POTENCIALES EVOCADOS INCLUYE ELECTRODOS Y ESTIMULADOR. Equipo para procedimientos de cabeza y cuello y cirugía de pares craneales (incluye soporte en cirugía de neurofisiología)	

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 ?	<u>el equipo cumple con las especificaciones pero no se cumple con el objeto global del contrato.</u>	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	No cumple requerimiento del objeto del contrato	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO		
FIRMA (S):		FECHA	DD 03 MM 3 AAAA 2016
CARGO:	COORDINADORA GRUPO ESTERILIZACIÓN	DEPENDENCIA	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DD MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DD 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-09
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	02
	REEVALUACION MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	30-05-2014
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	<u>ASPIRADOR Y DISECTOR ULTRASONICO SELECTIVO</u>
3. PROVEEDOR	<u>SYSTEMED</u>
4. ESPECIFICACIONES: ALQUILER DE LOS EQUIPOS ASPIRADOR Y DISECTOR ULTRASONICO SELECTIVO CONTROLADO POR MICROPROCESADOR, MICRO PIEZ, para el servicio de salas de cirugía con el fin de realizar las cirugías de las especialidades de Neurocirugía y Cabeza y cuello.	

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 equipo cumple con las especificaciones pero no se cumple con el objeto global del contrato.	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	No cumple requerimiento del objeto del contrato	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO		
FIRMA (S):		FECHA	DD 03 MM 3 AAAA 2016
CARGO:	COORDINADORA GRUPO ESTERILIZACIÓN	DEPENDENCIA	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DD MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DD 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.