

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E	CÓDIGO:	A-CDG-F-12
	GESTION DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS "REEVALUACIÓN"	VIGENCIA:	01/10/2008
		PAGINA 1 DE 1	

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	<u>MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO</u>
3. PROVEEDOR	FEX HOLDING INGENIERÍA S.A.S.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACION No. 006- 2015 MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO.	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN VARIAS MARCAS.	
ALCANCE DE LOS SERVICIOS: • Dar Soporte telefónico. • Realizar Chequeos de seguridad. • Efectuar Inspecciones de calidad. • Cumplimiento de tiempos de repuesta inferiores a Una (1) hora vía telefónica y máximo Seis (6) horas en sitio. • Anexar cronograma de mantenimiento preventivo con fechas tentativas por equipo. • Anexar a la propuesta el protocolo de mantenimiento para cada equipo incluido dentro de la misma. • Ejecutar las visitas de mantenimiento preventivo descritas en el "Anexo técnico No. 4". • Se incluyen las visitas de servicio necesarias en caso de falla y/o daño. • Cuando el equipo conste de hardware y software, el mantenimiento debe incluir la revisión de este último y si hubiere lugar realizar las actualizaciones correspondientes e instalación de antivirus. • Entregar al final de cada visita de mantenimiento preventivo (por grupo de equipos) un informe de gestión general que contenga las observaciones para cada caso, evaluación de la función, cumplimiento de la visita planeada vs ejecutada, y número de reporte, entre otros. • El reporte de servicio debe contener como mínimo la siguiente información: Datos generales del equipo (Marca, Modelo, Serie, Activo Fijo y Ubicación), Información sobre el servicio realizado, Información sobre el estado funcionamiento después de realizado el servicio y detallar herramientas y simuladores utilizados durante la actividad. El Ingeniero asignado que haya ejecutado la visita de mantenimiento tanto preventivo como correctivo debe dejar firmado el reporte con letra clara y legible. • Entregar dos (2) copias del reporte individual de cada servicio, una al Grupo de Tecnología Biomédica y otra al área donde está ubicado el equipo. • Cumplimiento de tiempos contractuales. • Garantía mínima de los servicios de Tres (3) meses. • Garantía mínima de los repuestos de Tres (3) meses. • Garantizar el suministro cotización para repuestos en un tiempo no mayor a tres (3) días (cuando aplique). • Adjuntar carta de representación de la marca. (Si aplica). • Entregar copias durante la vigencia del contrato mensualmente del reporte de pago y afiliación a la aseguradora de riesgos laborales de todo el personal técnico e ingeniería que ejecutara las actividades de mantenimiento. • El personal de servicio técnico deberá contar con formación académica, inscripción como recurso humano ante el Invima y experiencia certificada en el manejo de equipos a revisar. (Adjuntar hoja de vida actualizada y registro Invima (Si aplica)). En caso de que surjan cambios en el personal de servicio técnico debe enviarse con anterioridad los soportes de hoja de vida y registro Invima al Grupo de Tecnología Biomédica para ser revisada; en ningún caso se permite el ingreso de pasantes o practicantes. • Cada empresa o proveedor debe asegurar la dotación de elementos de protección y herramientas de acuerdo al riesgo y tecnología del equipo a revisar. • El proveedor debe elaborar y entregar la(s) ficha(s) de manejo de los equipos, con el fin de que el personal que opera el(los) equipo(s) cuente con esta información. • El proveedor deberá incluir dentro de la oferta mínimo dos (2) sesiones de capacitación en el manejo seguro de los equipos.	
PARÁMETROS DE CALIDAD: El proveedor se compromete en caso de ser adjudicado a cumplir con los requisitos de calidad envidenciados en la invitación a cotizar.	
VALORES AGREGADOS: El proveedor no menciona valores agregados en su propuesta.	
NOTA: REVISANDO LOS FOLIOS No. 24 AL 27 SE CORROBORÁ FECHA DE CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN ADJUNTO, EL CUAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LA VIGENCIA ANUAL PERMITIDA.	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO ☐
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑIA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		

PORQUE ?	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?	
SI	☒ NO ☐
PORQUE ?	ADJUNTA CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE PATRÓN CON FECHA ACTUALIZADA.
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:	
SI	☒ NO ☐
PORQUE ?	CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS.

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	ING. MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA		
FIRMA (S):		FECHA	DE 18 MM 03 AAAA 2015
CARGO:	COORDINADORA DE GRUPO ÁREA	DEPENDENCIA	GRUPO TECNOLOGIA BIOMEDICA
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	DE MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	

SAF/JJPA/GTB/MLLP/Sandra G.