

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

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO REPUESTOS Y LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CHAHER S.A.S                                                                                              |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | INVITACIÓN A COTIZAR N° 0117-2016                                                                         |
| ÍTEM 01: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUIDO REPUESTOS Y LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA CENTRAL DE AIRE MEDICINAL QUE INCLUYE: EQUIPO DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL, EQUIPO DE GENERACIÓN DE VACÍO, RED DE VACÍO, COMPRESOR DE AIRE, CINCO (5) FILTROS EN LÍNEA DE AIRE, DRENADO DE CONDENSADOS, BOMBA DE VACÍO DÚPLEX. |                                                                                                           |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO <input type="checkbox"/>                                                          |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO <input checked="" type="checkbox"/>                                               |
| PORQUE ?                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO <input type="checkbox"/>                                                          |
| PORQUE ?                                                                                                                                                                                   | DENTRO DE LOS REQUISITOS HABILITANTES ESTA DESCRITO:<br>"ANEXAR INFORMACIÓN DE TRAZABILIDAD EN CUANTO A LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN, SIMULADORES Y/O ANALIZADORES A UTILIZAR EN LA VERIFICACIÓN DE CADA VISITA DE MANTENIMIENTO, RELACIONÁNDOLOS POR EQUIPO Y SU USO DEBE ESTAR DESCRITO DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO" NO SE EVIDENCIA INFORMACIÓN SOLICITADA. TAMPOCO ANEXAN PROTOCOLOS DONDE SE EVIDENCIE EL USO DE EQUIPOS DE MEDICIÓN Y/O ANALIZADORES<br>SUBSANACIÓN: ANEXAN CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN Y PROCOLO DE ACUERDO A LO SOLICITADO |                                                                                      |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO <input type="checkbox"/>                                                          |
| PORQUE ?                                                                                                                                                                                   | CERTIFICA CUMPLIR CON LOS TIEMPOS CONTRACTUALES, TIENE EXPERIENCIA DE CONTRATOS ANTERIORES EN EL MANTENIMIENTO DE REDES DE VACÍO Y AIRE MEDICINAL CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| 18. NOMBRE (S):                                                                                                                                                                            | LIA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |
| FIRMA (S):                                                                                                                                                                                 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | D 08 MM 07 AAAA 2016                                                                 |
| CARGO:                                                                                                                                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                                      |
| NOMBRE (S):                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |
| FIRMA (S):                                                                                                                                                                                 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| 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. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |