

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

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

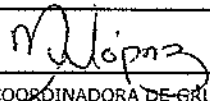
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. NOMBRE GENÉRICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <u>MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO.</u> |
| <b>3. PROVEEDOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>EQUIPOS Y MUEBLES MÉDICOS LTDA.</b>                                                                |
| <b>4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 051- 2015 MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                       |
| <b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA BASCULAS CON TALLÍMETRO, BÁSCULAS DE PISO Y BÁSCULAS DE PISO DIGITAL.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                       |
| <p><b>ALCANCE DE LOS SERVICIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Chequeos de seguridad.</li> <li>• Efectuar inspecciones de calidad.</li> <li>• Realizar actualizaciones obligatorias.</li> <li>• Tos los repuestos requeridos para cada uno de los equipos (excepto (*) equipos a los cuales no aplica incluidos).</li> <li>• Efectuar las revisiones que sean necesarias en caso de fallas o daños.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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 y haya ejecutado la visita de mantenimiento tanto preventiva como correctiva debe dejar firmado el reporte con letra clara y legible.</li> <li>• 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.</li> <li>• En el informe de mantenimiento se debe relacionar y/o sugerir el cambio de partes por número de horas cuando aplique al equipo.</li> <li>• Cumplimiento de tiempos de repuesta inferiores a Una (1) Hora vía telefónica y Veinticuatro (24) horas en sitio.</li> <li>• Garantía mínima del servicio preventivo y/o correctivo de tres (3) meses.</li> <li>• Garantizar el suministro de repuestos, y entrega de cotización en un tiempo no mayor a tres (3) días luego del diagnóstico del equipo.</li> <li>• Anexar cronograma de mantenimiento preventivo con fechas tentativas por equipo.</li> <li>• Anexar a la propuesta el protocolo de mantenimiento para cada equipo incluido dentro de la misma.</li> <li>• 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.</li> <li>• Adjuntar carta de representación de la marca. (Si aplica).</li> <li>• La propuesta debe incluir el(los) certificado(s) de calibración de patrón(es) y/o simulador(es) a usar durante la ejecución de los mantenimientos que permitan visualizar la trazabilidad de la misma.</li> <li>• 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.</li> <li>• El personal de servicio técnico deberá contar con formación académica, inscripción como recurso humano para mantenimiento de equipos médicos considerados dispositivos médicos 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.</li> <li>• Cada empresa o proveedor debe asegurar la dotación de elementos de protección y herramientas de acuerdo al riesgo y tecnología del equipo a revisar.</li> <li>• El proveedor debe elaborar y entregar la(s) ficha(s) de manejo rápido del(los) equipo(s) que tendrá a su cargo, con el fin de que el personal que opera el(los) equipo(s) cuente con esta información.</li> <li>• El proveedor deberá incluir dentro de la oferta mínimo dos (2) sesiones de capacitación en el manejo seguro de los equipos a los cuales oferta el servicio de mantenimiento.</li> </ul> <p><b>• Dar Soporte telefónico.</b></p> |                                                                                                       |
| <b>PARÁMETROS DE CALIDAD:</b> El proveedor se compromete en caso de ser adjudicado a cumplir con los requisitos de calidad envidenciados en la invitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                       |
| <b>VALORES AGREGADOS:</b> El proveedor no menciona valores agregados en su propuesta. Cotiza todos los equipos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                       |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                      |                                        |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| <b>5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE</b>                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑIA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO?</b> |                                        |                             |

|                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                        |  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| 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 ?                                   | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS.                                                                                                                                                                    |                                        |  |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:             |                                                                                                                                                                                                   |                                        |  |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>     |                                                                                                                                                                                                   | NO <input type="checkbox"/>            |  |
| PORQUE ?                                   | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS DEL SERVICIO SOLICITADO. FORMACIÓN DE PERSONAL, CRONOGRAMA Y PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO Y CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN SIMULADOR EQ. MULTIFUNCIONAL Y PESAS PATRÓN. |                                        |  |

### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                   |             |                                                                                                              |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ING. MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                    |             |                                                                                                              |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DE <input type="text" value="22"/> MM <input type="text" value="04"/> AAAA <input type="text" value="2015"/> |
| CARGO:          | COORDINADORA DE GRUPO ÁREA                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGIA BIOMEDICA                                                                              |
|                 |                                                                                   |             |                                                                                                              |
| NOMBRE (S):     |                                                                                   |             |                                                                                                              |
| FIRMA (S):      |                                                                                   | FECHA       | DE <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>                                    |
| CARGO:          |                                                                                   | DEPENDENCIA |                                                                                                              |

SAF/JJPA/GTB/MLLP/Sandra G.