

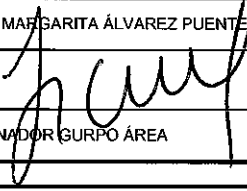
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS EVALUACIÓN	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
3. PROVEEDOR	INSTRUMENTACIÓN S.A.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 043- 2017 MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y AFILADO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y AFILADO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.	

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 ?	NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐		NO ☒
PORQUE ?	<u>NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS:</u> a). Proveedor no presenta certificación de entrenamiento y experiencia de su personal en mantenimiento preventivo, correctivo y afilado de Instrumental Quirúrgico. b). No se anexan protocolos de mantenimiento y afilado.	

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 08 MM 06 AAAA 2017
CARGO:	COORDINADOR GRUPO ÁREA	DEPENDENCIA	GRUPO ÁREA GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACÉN
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-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS EVALUACIÓN	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
3. PROVEEDOR	B. BRAUN MEDICAL S.A.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 043- 2017 MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y AFILADO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y AFILADO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.	

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 ?	NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐		NO ☒
PORQUE ?	<u>NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS:</u> a). Proveedor no presenta certificación de entrenamiento y experiencia de su personal en mantenimiento preventivo, correctivo y afilado de Instrumental Quirúrgico.	

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 08 MM 06 AAAA 2017
CARGO:	COORDINADOR GRUPO ÁREA	DEPENDENCIA	GRUPO ÁREA GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACÉN
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.