

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

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - ESE.
3. PROVEEDOR	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS
4. ESPECIFICACIONES:	
Se debe garantizar la prestación del servicio las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días a la semana, trescientos sesenta y cinco (365) días al año (con disponibilidad a cualquier hora que se requiera el servicio), por lo cual se requiere presentar una propuesta técnica donde se especifique el servicio a prestar, y debe contener como mínimo la siguiente información: Traslado Simple Básico. Traslado Redondo Básico. Traslado Simple Medicalizado. Traslado Redondo Medicalizado. Tarifas por hora de espera. Tarifas urbanas e intermunicipales.	

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 ?	Debido a que la prestación de los servicios desde el punto de vista técnico no es inherente, lo que se tiene en cuenta desde el punto de vista técnico es la cabalidad en la prestación de los servicios requeridos, con altos estándares de calidad	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	La propuesta desde el punto de vista técnico es completa, nos plantea diferentes oportunidades al momento de requerir la prestación de algún servicio por parte del oferente.	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	Teniendo como base la invitación a cotizar podemos evidenciar que el oferente cumple con las condiciones que se solicitaron, por otra parte es de aclarar que como parte técnica los parámetros son claros para parte y parte	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	U. García F.		
FIRMA (S):	MARTHA HELENA GARCIA FERNÁNDEZ	FECHA	D 31 MM 05 AAAA 2017
CARGO:	Coordinadora Grupo Área de Apoyo Clínico	DEPENDENCIA :	Subdirección General de Atención Médica y Docencia
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
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.