

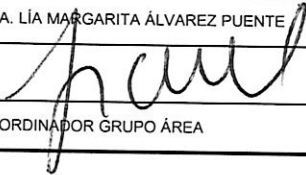
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS EVALUACIÓN	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
3. PROVEEDOR	NG BIOINGENIERÍA S.A.S.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 092- 2017 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA MICROPIPETAS VARIAS MARCAS.	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA EQUIPOS DE MICROPIPETAS VARIAS MARCAS.	

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 DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES.</u> <u>b). El proveedor no menciona dentro de su oferta si incluirá equipo backup o propuesta alternativa.</u> <u>c). El proveedor no anexa listado de repuestos.</u> <u>d). El proveedor no asegura que los repuestos serán nuevos y no re-manufacturados.</u> <u>e). El proveedor no asegura que entregará al final de cada visita de mantenimiento preventivo, un informe de gestión.</u> <u>f). El proveedor no asegura la entrega dos (2) copias del reporte individual de cada servicio, una al Grupo de Tecnología Biomédica y la otra al área donde está ubicado el equipo.</u> <u>g). El proveedor no asegura cumplimiento de tiempos de repuesta inferiores a Una (1) hora hábil vía telefónica y Seis (6) horas hábiles en sitio.</u> <u>h). El proveedor no asegura brindar garantía de tres (3) meses como mínimo de la mano de obra.</u> <u>i). En las hojas de vida del personal no anexa certificaciones de capacitación y entrenamiento en la tecnología que oferta.</u> <u>j). El proveedor no incluye la verificación de los parámetros (si aplica), verificación de seguridad eléctrica (si aplica) y ajuste del equipo.</u>	

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 24 MM 08 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.