

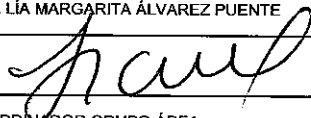
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS EVALUACIÓN	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
3. PROVEEDOR	MICROMEDICA S.A.S.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 113- 2017 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUYENDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA DESCONGELADOR DE PLASMA.	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUYENDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA DESCONGELADOR DE PLASMA.	

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 ?	NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES: a). El proveedor no anexa listado de posibles repuestos a reemplazar con valores discriminados, sólo anexa listado de consumibles. b). El proveedor no menciona dentro de su oferta si incluirá equipo backup o propuesta alternativa. c). El proveedor no asegura que los repuestos serán nuevos y no re-manufacturados. d). El proveedor no asegura que entregará al final de cada visita de mantenimiento preventivo, un informe de gestión. e). El proveedor no asegura cumplimiento de tiempos de repuesta inferiores a Una (1) hora hábil vía telefónica y Seis (6) horas hábiles en sitio. f). No anexa hojas de vida del personal con sus respectivas certificaciones de capacitación y entrenamiento. g). No anexa protocolo de mantenimiento en formato institucional. h). No anexa certificados de calibración vigentes de los patrones a utilizar. i). El proveedor no incluye la verificación de los parámetros (si aplica), verificación de seguridad eléctrica (si aplica) y ajuste del equipo.	

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 27 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.