

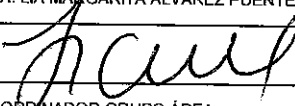
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS EVALUACIÓN- REEVALUACIÓN	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

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: b). El proveedor no menciona dentro de su oferta si incluirá equipo backup o propuesta alternativa: Debe enviar propuesta alternativa. 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: debe ajustarse a los tiempos solicitados por la institución. f). No anexa hojas de vida del personal con sus respectivas certificaciones de capacitación y entrenamiento: Debe anexar documentos que certifiquen entrenamiento y experiencia en el manejo de la tecnología. g). No anexa protocolo de mantenimiento en formato institucional: Debe elaborar protocolo en formato de nuestra institución. h). No anexa certificados de calibración vigentes de los patrones a utilizar: Debe cotizar la verificación metrológica. i). El proveedor no incluye la verificación de los parámetros (si aplica), verificación de seguridad eléctrica (si aplica) y ajuste del equipo: Debe cotizar la verificación de seguridad eléctrica.	

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 28 MM 07 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.