

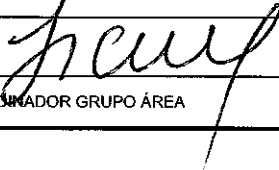
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS EVALUACIÓN	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO
3. PROVEEDOR	MICROMEDICA S.A.S.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 183- 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 ?	<u>NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES:</u> b). El proveedor no menciona dentro de su oferta si incluirá equipo backup o propuesta alternativa. d). El proveedor no asegura que los repuestos serán nuevos y no re-manufacturados. e). El proveedor no asegura que entregará al final de cada visita de mantenimiento preventivo, un informe de gestión. 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. g). El proveedor no asegura cumplimiento de tiempos de repuesta inferiores a Seis (6) horas hábiles en sitio. h). El proveedor no asegura brindar garantía de tres (3) meses como mínimo de la mano de obra. i). No anexa hojas de vida del personal con sus respectivas certificaciones de capacitación y entrenamiento en la tecnología que oferta.	

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 28 MM 09 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.