

	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	

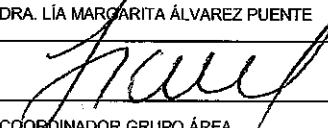
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN.
3. PROVEEDOR	PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN S.A.S.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 0161- 2018 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA EQUIPOS DE AIRE MEDICINAL PRODUCIDO EN SITIO POR COMPRESOR Y GENERACIÓN DE VACÍO.	

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 ?	CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES.	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 27 MM 3 AAAA 2018
CARGO:	COORDINADOR GRUPO ÁREA	DEPENDENCIA	GRUPO GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACÉN
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.

	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		

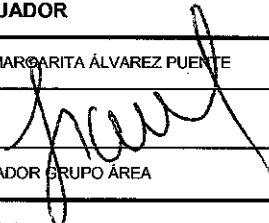
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	<u>MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN.</u>
3. PROVEEDOR	<u>CHAHER S.A.S.</u>
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 0161- 2018 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA EQUIPOS DE AIRE MEDICINAL PRODUCIDO EN SITIO POR COMPRESOR Y GENERACIÓN DE VACÍO.	

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 ?	<u>CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS</u>	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	<u>CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES.</u>	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE		
FIRMA (S):		FECHA	D 27 MM 3 AAAA 2018
CARGO:	COORDINADOR GRUPO ÁREA	DEPENDENCIA	 GRUPO GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACÉN
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.