

	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	

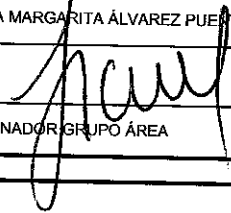
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN.
3. PROVEEDOR	FRICON SOLUCIONES S.A.S.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 0163- 2018 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA REFRIGERADORES, CONGELADORES, CUARTOS FRÍOS Y SISTEMA CHILLER 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 ?	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	

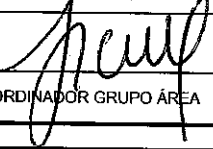
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN.
3. PROVEEDOR	EXCEL AIR LTDA.
4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 0163- 2018 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA REFRIGERADORES, CONGELADORES, CUARTOS FRÍOS Y SISTEMA CHILLER 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 ?	NO CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES: a). El proveedor no menciona que atenderá mantenimientos correctivos las veces que sean necesarias del equipos. 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 Una (1) hora hábil vía telefónica y 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). El proveedor no asegura cumplimiento de tiempo de importación de máximo Ocho (8) días hábiles en caso de requerirse. j). Proveedor no anexa protocolos de mantenimiento en formato institucional. k). No anexa certificados de calibración vigentes de los patrones a utilizar (si aplica). l). El proveedor no incluye la verificación de los parámetros (si aplica), verificación de seguridad eléctrica (si aplica) y ajuste del equipo. m) El proveedor no anexa formatos de instrucciones de manejo básico. N). Proveedor no anexa listado de repuestos susceptibles de cambio.	

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	

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.