附件2：

**隆林各族自治县中医医院消防设施设备维保项目年度考核表**

考核年份： 年
维保单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
考核周期：年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 - 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
考核日期：年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
一、年度考核指标及评分（总分 100 分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核维度 | 考核内容及评分标准 | 满分 | 考核依据 | 得分 | 扣分说明 |
| 1. 定期维保执行（30 分） | 1. 年度内 12 次月检、4 次季检、1 次年检全部完成，每缺 1 次月检扣 2 分，缺 1 次季检扣 5 分，缺 1 次年检扣 15 分；2. 维保记录（含检查表、测试数据）完整、准确，每发现 1 处记录缺失 / 错误扣 1 分，累计扣完本项分值为止。 | 30 | 1. 维保单位提交的《月度维保报告》《季度维保报告》《年度维保报告》；2. 医院考核小组现场核查记录（随机抽查 5-8 处设施维保痕迹）。 |  |  |
| 2. 检测报告与培训（20 分） | 1. 年度结束后 30 日内提交合规《建筑消防设施维修保养检测报告》（加盖公章及检测专用章），逾期扣 5 分 / 天，报告关键数据缺失（如系统合格率、整改建议）每项扣 3 分；2. 每季度开展 1 次消防监控室人员培训（时长≥2 小时），提交培训签到表、考核记录，缺 1 次培训扣 5 分，培训考核不合格人员未补考扣 2 分 / 人。 | 20 | 1. 年度检测报告原件；2. 季度培训资料（签到表、课件、考核成绩）；3. 医院消防监控室人员访谈记录。 |  |  |
| 3. 故障响应与处理（25 分） | 1. 年度内故障响应及时率 100%（1 小时内响应），每 1 次延迟响应扣 2 分；到场及时率 100%（4 小时内到场），每 1 次延迟到场扣 5 分；2. 一般故障（如指示灯故障）24 小时内修复、复杂故障（如管网泄漏）48 小时内修复，每 1 次延迟修复扣 3 分；3. 故障处理后提交《故障处理报告》（含原因分析、修复措施），每缺 1 份扣 2 分；4. 同一设施 30 日内重复故障≤2 次，每超 1 次扣 3 分。 | 25 | 1. 医院故障通知记录（书面 / 短信 / 邮件）；2. 维保单位故障响应台账、《故障处理报告》；3. 医院后勤部门故障跟踪记录。 |  |  |
| 4. 设施运行质量（15 分） | 1. 年度内上级消防安全检查（含医院自查）中，维保设施无重大安全隐患，每发现 1 处重大隐患扣 8 分，一般隐患每处扣 2 分；2. 现场核查关键系统（火灾自动报警、喷淋、消火栓）运行正常，每 1 处系统异常（如报警误报、出水压力不足）扣 3 分；3. 维修更换配件符合国家质量标准（提供合格证），使用劣质配件每次扣 5 分。 | 15 | 1. 上级消防检查意见书、医院自查报告；2. 考核小组现场设施测试记录（如消火栓压力测试、报警系统联动测试）；3. 配件合格证复印件。 |  |  |
| 5. 资料与配合度（10 分） | 1. 按要求提交《年度维保总结报告》《故障统计台账》等资料，逾期提交扣 2 分 / 天，资料缺失每项扣 1 分；2. 配合医院应急演练、现场勘查等工作，无正当理由拒绝配合每次扣 3 分；3. 无虚假资料（如伪造维保记录、资质文件），发现 1 次本项不得分。 | 10 | 1. 维保单位提交的年度资料清单；2. 医院应急演练签到表、勘查记录；3. 资料真实性核查结果（如与现场比对）。 |  |  |

二、考核结果评定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 考核总分 | 评定等级 | 结果应用（依据询价公告及维保合同） |
| ≥90 分 | 优秀 | 1. 全额支付年度维保费用；2. 合同到期后，同等条件下优先续签下一年合同。 |
| 80 分≤总分＜90 分 | 合格 | 1. 全额支付年度维保费用；2. 针对考核发现问题，维保单位需在 15 日内提交整改方案，考核小组跟踪整改闭环。 |
| 60 分≤总分＜80 分 | 不合格 | 1. 扣除年度维保费用的 10%-15%（具体比例按扣分严重程度确定）；2. 限期 30 日内完成全面整改，整改不合格不得参与下一年合同续签。 |
| ＜60 分 | 严重不合格 | 1. 扣除年度维保费用的 20%；2. 终止当前维保合同，2 年内不得参与医院消防设施维保类项目询价；3. 若因维保失职造成损失，追究赔偿责任。 |

三、签字确认

| 维保单位意见 | 负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| --- | --- |
| 医院考核小组意见 | 考核成员签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 纪检监察室监督意见 | 监督人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |

备注：1. 本考核表一式两份，医院与维保单位各执一份；2. 考核依据材料需作为附件随本表存档。