

|                                                                                   |                                                 |                      |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E</b> | <b>CÓDIGO:</b>       | <b>A-CDG-F-12</b> |
|                                                                                   | <b>GESTION DEL GASTO</b>                        | <b>VERSIÓN:</b>      | <b>01</b>         |
|                                                                                   | <b>MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS</b>  | <b>VIGENCIA:</b>     | <b>01/10/2008</b> |
|                                                                                   | <b>"REEVALUACIÓN"</b>                           | <b>PAGINA 1 DE 1</b> |                   |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

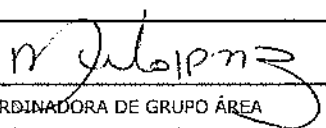
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO. |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CHAHER S.A.S.                                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 052- 2015 MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                |
| <b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA EQUIPOS DE AIRE MEDICINAL EN SITIO POR COMPRESOR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                |
| <p><b>ALCANCE DE LOS SERVICIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las actividades del control de calidad para la Central de Aire Medicinal deben estar de acuerdo a la Resolución 4410 de 2009 "Reglamento Técnico que contiene el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de los Gases. Medicinales" emitido por el Ministerio de Protección Social.</li> <li>Los controles deben ser realizados por un profesional en Química Farmacéutica y debe estar especializado en esta área, se realizarán para cada lote de producción.</li> <li>Se debe adjuntar un cronograma con fechas tentativas en que se realizarán los controles de calidad que incluya protocolo con actividades a realizar.</li> <li>Registros de datos primarios de control de calidad.</li> <li>Certificación de control de calidad con: Evaluación de Monóxido de Carbono, Evaluación de Dióxido de Carbono, Evaluación de Óxido Nitroso, Evaluación de Óxido de Azufre, Evaluación de Concentración de Oxígeno.</li> <li>Las actividades de control de calidad se realizarán con tubos colorimétricos de acuerdo a lo establecido en la Farmacopea americana vigente.</li> <li>Calibración del Equipo de Aire Medicinal en sitio por compresor, el cual incluye calibración en sitio del Analizador EBMET MEDAIR 2200 para Monóxido de Carbono y una verificación para el punto de rocío.</li> <li>Entregar los KIT de tubos colorimétricos para control de calidad para cada visita.</li> <li>Dar Soporte telefónico.</li> <li>Realizar Chequeos de seguridad.</li> <li>Efectuar inspecciones de calidad.</li> <li>Cumplimiento de tiempos de repuesta inferiores a Una (1) hora vía telefónica y máximo Seis (6) horas en sitio.</li> <li>Anexar cronograma de mantenimiento preventivo con fechas tentativas.</li> <li>Anexar a la propuesta el protocolo de control de calidad.</li> <li>Ejecutar las visitas de control de calidad descritas en el "Anexo Técnico".</li> <li>Entregar al final de cada visita de control de calidad, un informe de gestión general que contenga las observaciones para cada caso, evaluación de la función, cumplimiento de la visita planeada vs ejecutada, y número de reporte, entre otros.</li> <li>El reporte de servicio debe contener como mínimo la siguiente información: Datos generales del equipo (Marca, Modelo, Serie, Activo Fijo y Ubicación), Información sobre el servicio realizado, Información sobre el estado funcionamiento después de realizado el servicio y detallar herramientas y simuladores utilizados durante la actividad. El Ingeniero asignado que haya ejecutado la visita de mantenimiento tanto preventivo como correctivo debe dejar firmado el reporte con letra clara y legible.</li> <li>Entregar dos (2) copias del reporte individual de cada servicio, una al Grupo de Tecnología Biomédica y otra al área donde está ubicado el equipo.</li> <li>Cumplimiento de tiempos contractuales.</li> <li>Garantía mínima de los servicios de Tres (3) meses.</li> <li>Garantía mínima de los repuestos de Tres (3) meses.</li> <li>Entregar copias durante la vigencia del contrato mensualmente del reporte de pago y afiliación a la aseguradora de riesgos laborales de todo el personal técnico e ingeniería que ejecutara las actividades de mantenimiento.</li> <li>El personal de servicio técnico deberá contar con formación académica, y experiencia certificada en el manejo de equipos a revisar. (Adjuntar hoja de vida actualizada). En caso de que surjan cambios en el personal de servicio técnico debe enviarse con anterioridad los soportes de hoja de vida al Grupo de Tecnología Biomédica para ser revisada; en ningún caso se permite el ingreso de pasantes o practicantes.</li> <li>Cada empresa o proveedor debe asegurar la dotación de elementos de protección y herramientas de acuerdo al riesgo y tecnología del equipo a revisar.</li> <li>El proveedor deberá incluir dentro de la oferta mínimo dos (2) sesiones de capacitación en el manejo seguro de los equipos.</li> </ul> |                                                                                                |
| <b>PARÁMETROS DE CALIDAD:</b> El proveedor se compromete en caso de ser adjudicado a cumplir con los requisitos de calidad envidenciados en la Invitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                |
| <b>VALORES AGREGADOS:</b> El proveedor no menciona valores agregados en su propuesta. Cotiza todos los equipos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                        |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑIA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO? |                                        |                             |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                         |                                        |  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| SI <input type="checkbox"/>                |                                                                                                                                                                                                                         | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| PORQUE ?                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                                        |  |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS? |                                                                                                                                                                                                                         |                                        |  |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>     |                                                                                                                                                                                                                         | NO <input type="checkbox"/>            |  |
| PORQUE ?                                   | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS.                                                                                                                                                                                          |                                        |  |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:             |                                                                                                                                                                                                                         |                                        |  |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>     |                                                                                                                                                                                                                         | NO <input type="checkbox"/>            |  |
| PORQUE ?                                   | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS DEL SERVICIO SOLICITADO; ANEXA ACLARACIONES DE INFORMACIÓN REFERENTE A HOJAS DE VIDA DE PERSONAL, CRONOGRAMA Y PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO Y CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE EQUIPO PATRÓN. |                                        |  |

### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                   |             |                                                                                                              |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ING. MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                    |             |                                                                                                              |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD <input type="text" value="04"/> MM <input type="text" value="05"/> AAAA <input type="text" value="2015"/> |
| CARGO:          | COORDINADORA DE GRUPO ÁREA                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGIA BIOMEDICA                                                                              |
|                 |                                                                                   |             |                                                                                                              |
| NOMBRE (S):     |                                                                                   |             |                                                                                                              |
| FIRMA (S):      |                                                                                   | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>                                    |
| CARGO:          |                                                                                   | DEPENDENCIA |                                                                                                              |

SAF/JJPA/GTB/MLLP/Sandra G.

|                                                                                  |                                                          |           |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                   | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-03 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

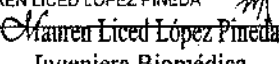
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                 |                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                              | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                    | BIOLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                   |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                            |                                                                                               |
| ITEM 10: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA ELECTROCARDIOGRAFOS |                                                                                               |
|                                                                                                                                 |                                                                                               |
|                                                                                                                                 |                                                                                               |
|                                                                                                                                 |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN PARAMETROS CON EQUIPO PATRON ( SIMULADOR DE PACIENTE) TRAZABLE. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIAA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE BIOMEDICOS                                                                                                  |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                                                                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |              |                                                                          |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | D 04 MM 05 AAAA 2015                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA TECNOLOGIA BIOMEDICA                                                   | DEPENDENCIA: | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA: |                                                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

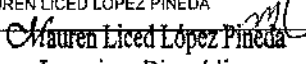
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                             |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                          | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                        |                                                                                               |
| ITEM No. 7: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA COLPOSCOPIOS |                                                                                               |
|                                                                                                                             |                                                                                               |
|                                                                                                                             |                                                                                               |
|                                                                                                                             |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO <input type="checkbox"/>            |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA VIDA ÚTIL DEL BOMBILLO EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR IMPORTANTE PARA ASEGURAR EL FUNCIONAMIENTO DEL CONSUMIBLE POCO DESPUES DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, FALLA QUE PUEDE PREDECIRSE DE MANERA PREDICTIVA |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE COLPOSCOPÍA                                                                                                                                                                                                                    |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-03 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
|                                                                                  | Página 1 de 1                                            |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                  |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                               | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                     | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                             |                                                                                               |
| ITEM 6: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA EQUIPOS ODONTOLÓGICOS |                                                                                               |
|                                                                                                                                  |                                                                                               |
|                                                                                                                                  |                                                                                               |
|                                                                                                                                  |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTAN PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO PARA TODO EL SERVICIO DE ODONTOLÓGIA. SE SOLICITA QUE EL PROTOCOLO SEA ESPECÍFICO POR CADA EQUIPO CON LAS RESPECTIVAS VERIFICACIONES CON EQUIPO PATRÓN TRAZABLE CUANDO APLIQUE, DE ACUERDO A LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO TÉCNICO No 3 |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE ODONTOLÓGIA                                                                                                                                                                    |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                           |             |                                                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LOPEZ PEINEDA <i>ML</i><br><i>Mauren Liced Lopez Peineta</i> |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      | Ingeniera Biomédica<br>25244193707 CND                                    | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                              | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                                     |
|                 |                                                                           |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                           | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                           | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                           |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                           | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                       | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                             | BIOLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                   |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                                     |                                                                                               |
| ITEM 5: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA CAMILLAS STERIS HOSPITALARIAS |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO <input type="checkbox"/>            |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LOS DISTINTOS MOVIMIENTOS (TRENDELEMBURG) Y TAMBIÉN REALIZAR LUBRICACIÓN DE LAS PARTES MECÁNICAS, EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DE EL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ESTAS ACCIONES, ENVÍA UN PROTOCOLO DE LA EMPRESA FANAMED NO ACORDE A LAS MARCAS QUE MANEJA EL INSTITUTO |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE HOSPITALIZACIÓN                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA <i>ML</i> |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      | Ingeniera Biomédica                 | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA                        | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                                     |
|                 |                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                      |                                                                                                                                  |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO   | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO                                    |
| 3. PROVEEDOR         | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                                                     |
| 4. ESPECIFICACIONES: |                                                                                                                                  |
| ITEM 5:              | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA CAMILLAS STERIS HOSPITALARIAS |
|                      |                                                                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                  |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO <input type="checkbox"/>            |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LOS DISTINTOS MOVIMIENTOS (TRENDELEMBURG) Y TAMBIÉN REALIZAR LUBRICACIÓN DE LAS PARTES MECÁNICAS, EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DE EL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ESTAS ACCIONES. ENVÍA UN PROTOCOLO DE LA EMPRESA FANAMED NO ACORDE A LAS MARCAS QUE MANEJA EL INSTITUTO |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE REHABILITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                  |             |                                                                                     |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAURICIO LÓPEZ PINEDA <i>M/L</i><br><i>Mauricio López Pineda</i> |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      | Ingeniera Biomédica<br>25244193707 CND                           | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                     | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                  |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                  | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                  | DEPENDENCIA |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                  |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                  | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

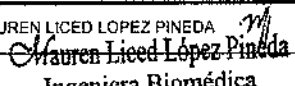
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                       | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                             | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                                     |                                                                                               |
| ITEM No. 1: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA EQUIPOS DE REHABILITACIÓN |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                       | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTAN PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO PARA TODO EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. SE SOLICITA QUE EL PROTOCOLO SEA ESPECÍFICO POR CADA EQUIPO CON LAS RESPECTIVAS VERIFICACIONES CON EQUIPO PATRÓN TRAZABLE CUANDO APLIQUE, DE ACUERDO A LO SOLICITADO EN EL ANEXO TECNICO No 3 |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE REHABILITACIÓN                                                                                                                                                        |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                               |                                                                                     |                                 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LOPEZ PINEDA                                                                                                     |                                                                                     |                                 |
| FIRMA (S):      | <br>Ingeniera Biomédica<br>25244193707 CND |                                                                                     |                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                                                                  | DEPENDENCIA                                                                         | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA |
|                 |                                                                                                                               |                                                                                     |                                 |
| NOMBRE (S):     |                                                                                                                               |                                                                                     |                                 |
| FIRMA (S):      | FECHA                                                                                                                         | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |                                 |
| CARGO:          |                                                                                                                               | DEPENDENCIA                                                                         |                                 |
|                 |                                                                                                                               |                                                                                     |                                 |
| NOMBRE (S):     |                                                                                                                               |                                                                                     |                                 |
| FIRMA (S):      | FECHA                                                                                                                         | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |                                 |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

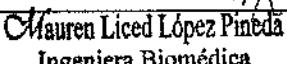
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                   |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                      | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                              |                                                                                               |
| ITEM 2: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA EQUIPOS DE FOTOTERAPIA |                                                                                               |
|                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                                                                                   |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/>            |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE NIVELES DE RADIACIÓN UVA Y UVB CON EQUIPO TRAZABLE EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DE EL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE RADIACIÓN ADEMÁS NO SE VERIFICARÁ LA VIDA ÚTIL DE LOS TUBOS DE RADIACIÓN UVA Y UVB |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTIA REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE FOTOTERAPIA                                                                                                                                                                                                |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAURENC LICED LÓPEZ PINEDA                                                          |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADOR 25244193707 CND                                                         | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

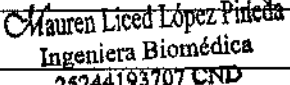
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                           |                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                        | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                              | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                      |                                                                                               |
| ÍTEM 27 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA PRESOTERAPIA |                                                                                               |
|                                                                                                                           |                                                                                               |
|                                                                                                                           |                                                                                               |
|                                                                                                                           |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DEL MANÓMETRO EQUIPO PATRÓN TRAZABLE PARA DETERMINAR SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE REHABILITACIÓN                                                                                                               |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                                                                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |              |                                                                          |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | D 04 MM 05 AAAA 2015                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA: | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA: |                                                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

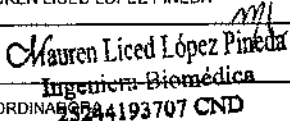
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                           |                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                        | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                              | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                      |                                                                                               |
| ITEM 30 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA TENSÍOMETROS |                                                                                               |
|                                                                                                                           |                                                                                               |
|                                                                                                                           |                                                                                               |
|                                                                                                                           |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DEL MANÓMETRO (SI APLICA) CON EQUIPO PATRÓN TRAZABLE PARA DETERMINAR SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO, EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR. |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS                                                                                                                                       |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |             |                                                                          |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D 04 MM 05 AAAA 2015                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA<br>Ingeniera Biomédica<br>25244193707 CND                              | DEPENDENCIA | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 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:   | GDC-P02-F-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

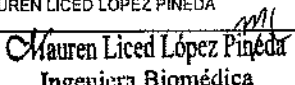
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                       |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                    | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                          | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                  |                                                                                               |
| ITEM 31 :MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA ECOGRAFOS |                                                                                               |
|                                                                                                                       |                                                                                               |
|                                                                                                                       |                                                                                               |
|                                                                                                                       |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD ELÉCTRICA, TEST DE DIAGNÓSTICO, TEST DE CALIBRACION, VERIFICACION DE RUEDAS Y FRENOS EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTAS LABORES, TAMPOCO SON DISTRIBUIDORES DE LA MARCA |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS                                                                                                                                                                                  |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA 25244193707 CND                                                        | DEPENDENCIA: | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
|                 |                                                                                     |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA: |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

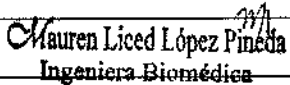
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                            |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                         | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                               | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                       |                                                                                               |
| ITEM 24 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA SUCCIONADORES |                                                                                               |
|                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                                                                            |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DEL MANÓMETRO EQUIPO PATRÓN TRAZABLE PARA DETERMINAR SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS                                                                                                                      |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA 25244193707 CND                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
|                                                                                  | Página 1 de 1                                            |           |              |

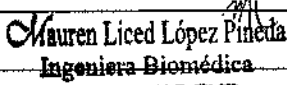
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                             | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                   | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                           |                                                                                               |
| ITEM 23 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA SILLAS ELÉCTRICAS |                                                                                               |
|                                                                                                                                |                                                                                               |
|                                                                                                                                |                                                                                               |
|                                                                                                                                |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DE LA SILLA , TAMBIÉN LUBRICAR LAS PARTES MECÁNICAS. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE APOYO                                                                                                               |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                   |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                                                         |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      | <br><b>Ingeniera Biomédica</b> | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA 9334193707 CND                                                                                       | DEPENDENCIA | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                                                   |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                                                   | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                                                   | DEPENDENCIA |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                                                   |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                                                   | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

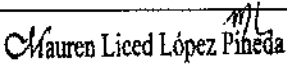
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                            |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                         | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                               | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                       |                                                                                               |
| ITEM 21 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA PULSOXÍMETROS |                                                                                               |
|                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                                                                            |                                                                                               |
|                                                                                                                            |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                       | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE PARÁMETROS CON EQUIPO PATRÓN (SIMULADOR PACIENTE) TRAZABLE VERIFICACIÓN DE ALARMAS, VERIFICACIÓN DE ACCESORIOS Y LIMPIEZA INTERNA, EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTAS LABORES |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE BIOMÉDICOS                                                                                                                                                                           |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA<br>Ingeniera Biomédica<br>25244193707 CND                              | DEPENDENCIA | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

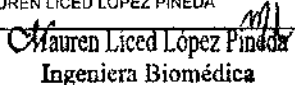
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                       | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                             | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                                     |                                                                                               |
| ITEM 19 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                                          |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                        | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE PARÁMETROS CON EQUIPO PATRÓN (SIMULADOR PACIENTE) TRAZABLE, VERIFICACIÓN DE ALARMAS, VERIFICACIÓN DE ACCESORIOS Y LIMPIEZA INTERNA. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTAS LABORES |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE BIOMÉDICOS                                                                                                                                                                            |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 30 MM <input type="text"/> 04 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA<br>25244193707 CND                                                     | DEPENDENCIA | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

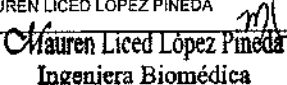
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                              |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                           | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                 | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                         |                                                                                               |
| ÍTEM 17: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA MESAS DE CIRUGÍA |                                                                                               |
|                                                                                                                              |                                                                                               |
|                                                                                                                              |                                                                                               |
|                                                                                                                              |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                          |                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                   | NO <input type="checkbox"/>            |  |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                          |                                        |  |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                              | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                          |                                        |  |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                          |                                        |  |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                              | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| PORQUE ?                                                                      | EN EL FOLIO 19 DE LA PROPUESTA NO SE EVIDENCIA PROTOCOLO PARA LAS MESAS DE CIRUGÍA                                       |                                        |  |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                          |                                        |  |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                              | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE SALAS DE CIRUGÍA |                                        |  |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICEO LÓPEZ PINEDA                                                           |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA<br>25244193707 CND                                                     | DEPENDENCIA: | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
|                 |                                                                                     |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA: |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

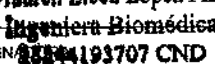
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                       |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                    | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                          | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                  |                                                                                               |
| ITEM 15 : MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA LÁMPARAS |                                                                                               |
|                                                                                                                       |                                                                                               |
|                                                                                                                       |                                                                                               |
|                                                                                                                       |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                         | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA VIDA ÚTIL DEL BOMBILLO, LUBRICACIÓN DE PARTES MECÁNICAS ADEMÁS DE LA REVISIÓN Y AJUSTE DE FRENOS. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTAS LABORES |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE APOYO                                                                                                                                                  |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                  |              |                                                                                     |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                                        |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |               | FECHA:       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA  | DEPENDENCIA: | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMEDICA                                                     |
|                 |                                                                                                  |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                                  |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                                  | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                                  | DEPENDENCIA: |                                                                                     |
|                 |                                                                                                  |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                                  |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                                  | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                        | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>RE-EVALUACIÓN | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                          |           |              |

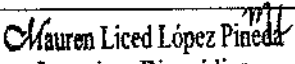
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                          |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                       | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                             | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                                     |                                                                                               |
| ITEM N° 13: MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA FOTOFOROS |                                                                                               |
|                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                          |                                                                                               |
|                                                                                                                          |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO <input type="checkbox"/>            |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA VIDA ÚTIL DEL BOMBILLO EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR IMPORTANTE PARA ASEGURAR EL FUNCIONAMIENTO DEL CONSUMIBLE POCO DESPUÉS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, FALLA QUE PUEDE PREDECIRSE DE MANERA PREDICTIVA |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS                                                                                                                                                                                                                       |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA<br>Ingeniera Biomédica<br>2324193707 CND                               | DEPENDENCIA | GRUPO AREA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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-09 |
|  | GESTIÓN DEL GASTO                       | VERSIÓN:  | 02           |
|  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
|  | Página 1 de 1                           |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                   |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                | MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                      | BIOCLINICOS DE COLOMBIA LTDA                                                                  |
| 4. ESPECIFICACIONES:                                                                                              |                                                                                               |
| MANTENIMIENTO PREVENTIVO INCLUYENDO LAS VISITAS QUE SEAN NECESARIAS EN CASO DE FALLA Y/O DAÑO PARA FUENTES DE LUZ |                                                                                               |
|                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                                                                   |                                                                                               |
|                                                                                                                   |                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                   |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/>            |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                                                                                   |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO SE REQUIERE REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA VIDA ÚTIL DEL BOMBILLO. EL PROVEEDOR NO ESPECIFICA DENTRO DEL PROTOCOLO ENVIADO REALIZAR ÉSTA LABOR |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      | NO OFRECE LAS GARANTÍAS REQUERIDAS PARA REALIZAR UN CORRECTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS                                                                   |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                |              |                                                                                     |
|-----------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | MAUREN LICED LÓPEZ PINEDA      |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      | <br><b>Ingeniera Biomédica</b> | FECHA:       | D <input type="text"/> 04 MM <input type="text"/> 05 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADORA TECNICA BIOMEDICA | DEPENDENCIA: |                                                                                     |
|                 |                                |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| CARGO:          |                                | DEPENDENCIA: |                                                                                     |
|                 |                                |              |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                |              |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                | FECHA:       | D <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>            |
| 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.