

	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	Aspirador Ultrasonico / monitoreo par
3. PROVEEDOR	MEDINISTROS
4. ESPECIFICACIONES:	Reque Requisito

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO ☐
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?		
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	Equipo de alta calidad.	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?		

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

10. NOMBRE (S):	Pablo Pina		
FIRMA (S):	FECHA	D 23 MM 02 AAAA 2014	
CARGO:	DEPENDENCIA	Neurooncología	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D ☐ MM ☐ AAAA ☐	
CARGO:	DEPENDENCIA		
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D ☐ MM ☐ AAAA ☐	
CARGO:	DEPENDENCIA		

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-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	Aspirador Ultrasonico / Monitorio para
3. PROVEEDOR	Systemed.
4. ESPECIFICACIONES:	Reune Requisitos

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO ☐
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?	SI ☐	NO ☒
PORQUE ?		
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?	SI ☒	NO ☐
PORQUE ?	Equipos de alta Tecnología	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:	SI ☒	NO ☐
PORQUE ?		

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	Dr. FELIX...		
FIRMA (S):	FECHA	D 23	MM 02 AAAA 16
CARGO:	DEPENDENCIA	Neumoncología	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D ☐	MM ☐ AAAA ☐
CARGO:	DEPENDENCIA		
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D ☐	MM ☐ AAAA ☐
CARGO:	DEPENDENCIA		

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-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	Monitores de pares Careneab
3. PROVEEDOR	IM Quinguen SAS
4. ESPECIFICACIONES:	Solo presenta monitores, no aspiradores ultrasonicos

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☐	NO ☒
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?	SI ☐	NO ☒
PORQUE ?		
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?	SI ☐	NO ☒
PORQUE ?		
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:	SI ☐	NO ☒
PORQUE ?	ES mejor Tener una Compañía con ln 2 servis	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

10. NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D	MM AAAA
CARGO:	DEPENDENCIA	Neuro-oncología	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D	MM AAAA
CARGO:	DEPENDENCIA		
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D	MM AAAA
CARGO:	DEPENDENCIA		

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-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	Aspirador Ultrasonico / Monitores para
3. PROVEEDOR	La Instrumentadora SAS
4. ESPECIFICACIONES:	Reune Todos los Requisitos Nos ha apoyado en los últimos años

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒ NO ☐
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?	SI ☐ NO ☒
PORQUE ?	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?	SI ☒ NO ☐
PORQUE ?	Equipo de Alta calidad.
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:	SI ☒ NO ☐
PORQUE ?	Empresa conocida de años por nosotros

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D MM AAAA	
CARGO:	DEPENDENCIA	Neumoncología	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D MM AAAA	
CARGO:	DEPENDENCIA		
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):	FECHA	D MM AAAA	
CARGO:	DEPENDENCIA		

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.