

|                                                                                  |                                         |           |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|--------------|
|  | 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                                                                    |                                         |           |              |

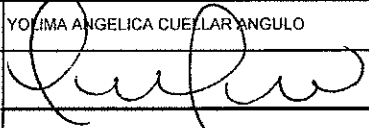
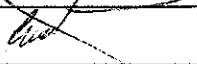
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                             |                                               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                          | ITEM 1 ZAPATO BLANCO PARA DAMA ANTIDESLIZANTE |
| 3. PROVEEDOR                                                | DEBLANCO                                      |
| 4. ESPECIFICACIONES: ZAPATO BLANCO PARA DAMA ANTIDESLIZANTE |                                               |
| ADJUNTAN MUESTRAS LAS CUALES SON OBJETO DE EVALUACIÓN       |                                               |
|                                                             |                                               |
|                                                             |                                               |
|                                                             |                                               |

#### 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 ?                                                                      | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO, ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO                                                                                                                                                         |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA LA REFERENCIA ZA 0605 MUESTRA 3 ZAPATOS DE CORDON, CANTIDAD 2 DE LAS 3 DOTACIONES Y EL OTRO DE LA SIGUIENTE REFERENCIA ZA 0577 MUESTRA 1, CON SUELA ANTIDESLIZANTE, CUERO BLANDO SU INTERIOR VIENE FORRADO. ACORDE PARA LA LABOR |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA LA REFERENCIA ZA 0605 MUESTRA 3 ZAPATOS DE CORDON, CANTIDAD 2 DE LAS 3 DOTACIONES Y EL OTRO DE LA SIGUIENTE REFERENCIA ZA 0577 MUESTRA 1, CON SUELA ANTIDESLIZANTE, CUERO BLANDO SU INTERIOR VIENE FORRADO. ACORDE PARA LA LABOR |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                                              |             |                                                         |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                                                                                     |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                           | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | COORDINADOR ( E ) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO - REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO      |
| NOMBRE (S):     | YOLIMA ANGELICA CUELLAR ANGULO                                                                                                               |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                           | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | COORDINADORA ( E ) GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE                      | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL                          |
| NOMBRE (S):     | LUIS ALBERTO MOTTA BARREIRO                                                                                                                  |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                           | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | CHOFER MECANICO                                                                                                                              | DEPENDENCIA | REPRESENTANTE DELEGADO TRABAJADORES OFICIALES DE ANTHOC |

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                                                                    |                                         |           |              |

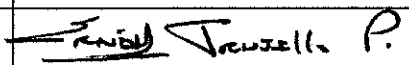
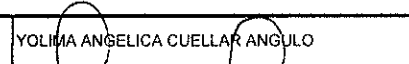
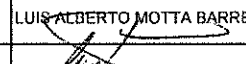
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                             |                                                |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                          | ITEM 1. ZAPATO BLANCO PARA DAMA ANTIDESLIZANTE |
| 3. PROVEEDOR                                                | REPRESENTACIONES ROSMOS SAS                    |
| 4. ESPECIFICACIONES: ZAPATO BLANCO PARA DAMA ANTIDESLIZANTE |                                                |
| ADJUNTAN MUESTRAS LAS CUALES SON OBJETO DE EVALUACIÓN       |                                                |
|                                                             |                                                |
|                                                             |                                                |
|                                                             |                                                |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                   |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input type="checkbox"/>                                                                       | NO <input checked="" 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 ?                                                                      | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO, ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO                 |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                   |                                        |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                   |                                        |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA 7 MUESTRAS LAS CUALES NO CUMPLEN CON LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS ACORDE PARA LA LABOR |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                   |                                        |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                   |                                        |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA 7 MUESTRAS LAS CUALES NO CUMPLEN CON LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS ACORDE PARA LA LABOR |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                                              |             |                                                         |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                                                                                     |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                           | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | COORDINADOR ( E ) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO - REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO      |
| NOMBRE (S):     | YOLIMA ANGELICA CUELLAR ANGULO                                                                                                               |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                           | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | COORDINADORA ( E ) GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE                      | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL                          |
| NOMBRE (S):     | LUIS ALBERTO MOTTA BARREIRO                                                                                                                  |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                           | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | CHOFER MECANICO                                                                                                                              | DEPENDENCIA | REPRESENTANTE DELEGADO TRABAJADORES OFICIALES DE ANTHOC |

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                                                                    |                                         |           |              |

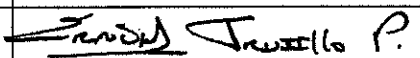
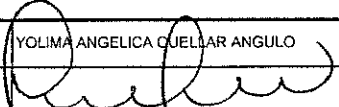
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                     |                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                  | ITEM 4 BOTAS INDUSTRIALES PARA CABALLERO |
| 3. PROVEEDOR                                        | REPRESENTACIONES ROSMOS SAS              |
| 4. ESPECIFICACIONES: BOTA INDUSTRIAL PARA CABALLERO |                                          |
| ADJUNTA MUESTRA LA CUAL ES OBJETO DE EVALUACIÓN     |                                          |
|                                                     |                                          |
|                                                     |                                          |
|                                                     |                                          |
|                                                     |                                          |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                   |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input type="checkbox"/>                                                       | NO <input checked="" 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 ?                                                                      | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO, ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO |                                        |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                   |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                   |                                        |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS DE CALIDAD Y SUAVIDAD DEL CALZADO REFERENCIA 202    |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                   |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                   |                                        |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS DE CALIDAD Y SUAVIDAD DEL CALZADO REFERENCIA 202    |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                                      |             |                                                         |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                                                                             |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                   | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | COORDINADOR ( E ) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO - REPRESENTANTE DELEGADO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO      |
| NOMBRE (S):     | YOLIMA ANGELICA CUELLAR ANGULO                                                                                                       |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                   | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | COORDINADORA ( E ) GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL - REPRESENTANTE DELEGADO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE                    | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL                          |
| NOMBRE (S):     | LUIS ALBERTO MOTTA BARREIRO                                                                                                          |             |                                                         |
| FIRMA (S):      |                                                   | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                    |
| CARGO:          | CHOFER MECANICO                                                                                                                      | DEPENDENCIA | REPRESENTANTE DELEGADO TRABAJADORES OFICIALES DE ANTHOC |

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                                                                    |                                         |           |              |

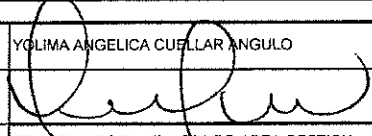
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                           |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                        | ITEM 8 ZAPATO CABALLERO     |
| 3. PROVEEDOR                                              | REPRESENTACIONES ROSMOS SAS |
| 4. ESPECIFICACIONES: ZAPATO CABALLERO                     |                             |
| ADJUNTAN (9) MUESTRAS LAS CUALES SON OBJETO DE EVALUACIÓN |                             |
|                                                           |                             |
|                                                           |                             |
|                                                           |                             |

#### 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 ?                                                                      | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO. ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                   |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                   |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA MUESTRA CON SUELA ANTIDESLIZANTE POCO FLEXIBLE, CUERO NO FLEXIBLE        |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                   |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                   |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA MUESTRA CON SUELA ANTIDESLIZANTE POCO FLEXIBLE, CUERO NO FLEXIBLE        |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                                    |             |                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                                                                           |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR ( E ) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO REPRESENTANTE DELEGADO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO   |
| NOMBRE (S):     | YOLIMA ANGELICA CUELLAR ANGULO                                                                                                     |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAA 2015                                  |
| CARGO:          | COORDINADORA ( E ) GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL - REPRESENTANTE DELEGADA INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE                  | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL                       |
| NOMBRE (S):     | LUIS ALBERTO MOTTA BARREIRO                                                                                                        |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | CHOFER MECANICO                                                                                                                    | DEPENDENCIA | REPRESENTANTE DELEGADO TRABAJADORES OFICIALES ANTHOC |

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                                                                    |                                         |           |              |

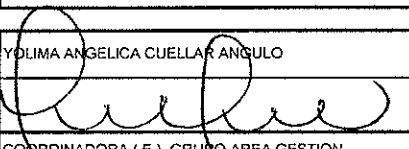
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                           |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                        | ÍTEM 9 CONJUNTO PANTALON BLUSA LINO AZUL CLARO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                              | DEBLANCO SAS                                   |
| 4. ESPECIFICACIONES: CONJUNTO PANTALON BLUSA LINO AZUL CLARO                                              |                                                |
| ADJUNTAN (3) MUESTRAS DE CONJUNTO PANTALON Y BLUSA EN LINO AZUL CLARO LAS CUALES SON OBJETO DE EVALUACIÓN |                                                |
|                                                                                                           |                                                |
|                                                                                                           |                                                |
|                                                                                                           |                                                |

#### 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 ?                                                                      | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO, ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO                                                                                                                    |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA 3 MUESTRAS DE CONJUNTO PANTALON Y BLUSA EN LINO COLOR AZUL CLARO, LAS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA DESEMPEÑAR LA LABOR (REFERENCIAS PV 228, RMA PV 225 RMA Y PV 265 RMA) |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                      |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA 3 MUESTRAS DE CONJUNTO PANTALON Y BLUSA EN LINO COLOR AZUL CLARO, LAS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA DESEMPEÑAR LA LABOR (REFERENCIAS PV 228, RMA PV 225 RMA Y PV 265 RMA) |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                                    |             |                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                                                                           |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR ( E ) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO REPRESENTANTE DELEGADO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO   |
| NOMBRE (S):     | YOLIMA ANGELICA CUELLAR ANGULO                                                                                                     |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA ( E ) GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL - REPRESENTANTE DELEGADA INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE                  | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL                       |
| NOMBRE (S):     | LUIS ALBERTO MOTTA BARREIRO                                                                                                        |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | CHOFER MECANICO                                                                                                                    | DEPENDENCIA | REPRESENTANTE DELEGADO TRABAJADORES OFICIALES ANTHOC |

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                           |           |              |

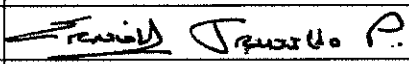
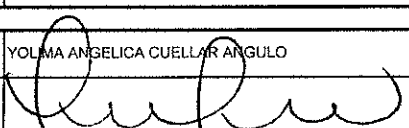
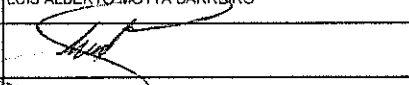
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                       |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                    | ITEM 10 SACO EN LANA PARA DAMA COLOR AZUL OSCURO |
| 3. PROVEEDOR                                                                                          | DEBLANCO SAS                                     |
| 4. ESPECIFICACIONES: SACO EN LANA PARA DAMA COLOR AZUL OSCURO                                         |                                                  |
| ADJUNTAN (3) MUESTRAS DE SACO EN LANA PARA DAMA COLOR AZUL OSCURO LAS CUALES SON OBJETO DE EVALUACIÓN |                                                  |
|                                                                                                       |                                                  |
|                                                                                                       |                                                  |
|                                                                                                       |                                                  |

#### 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 ?                                                                      | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO, ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO                                                                                                                                |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA 3 MUESTRAS DE SACO EN LANA PARA DAMA COLOR AZUL OSCURO (REF. 801, 201, 37- CA 203, CANT. 2 Y 801 201 37 CA 193 (1) UNIDAD), LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS PARA DESEMPEÑAR LA LABOR |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                  |                             |
| PORQUE ?                                                                      | PRESENTA 3 MUESTRAS DE SACO EN LANA PARA DAMA COLOR AZUL OSCURO (REF. 801, 201, 37- CA 203, CANT. 2 Y 801 201 37 CA 193 (1) UNIDAD), LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS PARA DESEMPEÑAR LA LABOR |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                                                                    |             |                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                                                                           |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR ( E ) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO REPRESENTANTE DELEGADO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO   |
| NOMBRE (S):     | YOLMA ANGELICA CUELLAR ANGULO                                                                                                      |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA ( E ) GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL - REPRESENTANTE DELEGADA INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE                  | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION CONTRACTUAL                       |
| NOMBRE (S):     | LUIS ALBERTO MOTTA BARREIRO                                                                                                        |             |                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                 | FECHA       | D 23 MM 11 AAAA 2015                                 |
| CARGO:          | CHOFER MECANICO                                                                                                                    | DEPENDENCIA | REPRESENTANTE DELEGADO TRABAJADORES OFICIALES ANTHOC |

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.