

|                                                                                   |                                         |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE  | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-09 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                       | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS | VIGENCIA: | 30-03-2014   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                         |           |              |

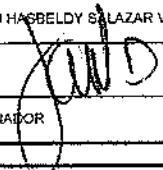
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | el suministro y adquisición de botellón de agua por 20 litros y jugos surtidos en caja x 200 ml x 24 unidades. |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | GASEOSEA LUX S.A.                                                                                              |
| 4. ESPECIFICACIONES: 2.2 CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| Con el fin de prestar un servicio de calidad se requiere presentar una propuesta técnica que garantice la entrega total de los elementos objeto de la presente invitación la cual debe contener como mínimo: Nombre comercial, nombre genérico, unidad de medida, presentación, marca, valor unitario, valor total (incluido IVA), registro sanitario vigente no mayor a un (1) año. |                                                                                                                |
| el suministro y adquisición de botellón de agua por 20 litros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |
| el suministro y adquisición de jugos surtidos en caja x 200 ml x 24 unidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |

#### 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 VARIOS DISTRIBUIDORES EN EL MERCADO                                   |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                               |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                               |                             |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                                      |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                               |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                               |                             |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS EN LA INVITACIÓN A COTIZAR No 103.2016 |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                                                                                      |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | JANNETH HASBELDY SALAZAR VIRGUEZ                                                    |              |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | 31 MM 5 AAAA 2016                                                                    |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA: | GRUPO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SOPORTE HOTELERO                                        |
|                 |                                                                                     |              |                                                                                      |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA: |                                                                                      |
|                 |                                                                                     |              |                                                                                      |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |              |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA:       | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| 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-08 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

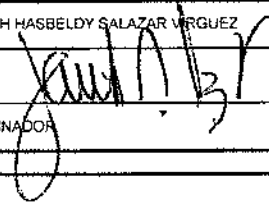
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                  |                                   |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                               | AQUA POTABLE TRATADA              | 2. NOMBRE COMERCIAL               | BOTELLON AGUA CRISTAL 20 LTRS                                             |
| 3. PROVEEDOR                                                                     | GASEOSAS LUX                      | 4. MARCA O REFERENCIA             | CRISTAL                                                                   |
| 5. ESPECIFICACIONES: BOTELLON DE AGUA CRISTAL DE 20 LTS, PRESENTACION INDIVIDUAL |                                   |                                   |                                                                           |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                         | RSAA19101699                      | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                              | BOTELLON DE 20 LTS                | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                                    |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO XX | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO XX                                         |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :                       |                                   |                                   |                                                                           |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI XX                                   | NO <input type="checkbox"/> | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. LA MARCA DE ESTE ELEMENTO ES INDISPENSABLE PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO U OBTENER EL EFECTO O SERVICIO DESEADO ? |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                   |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | EXISTEN DIFERENTES MARCAS EN EL MERCADO |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                         |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS  |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | JANNETH HASBELDY SALAZAR VERGUEZ                                                    |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DI <input type="text"/> 31 MM <input type="text"/> 5 AAAA <input type="text"/> 2016 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | GRUPO GESTIÓN AMBIENTAL Y SOPORTE HOTELERO                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>           |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD <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-08 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 02           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

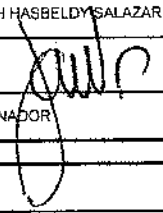
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                 |                                                                    |                                   |                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                              | JUGO TETRA BRICK                                                   | 2. NOMBRE COMERCIAL               | JUGOS HIT                                                                 |
| 3. PROVEEDOR                                                                                    | GASEOSAS LUX                                                       | 4. MARCA O REFERENCIA             | HIT                                                                       |
| 5. ESPECIFICACIONES: JUGO HIT 200ML CAJITA TETR BRICK, PRESENTACIÓN CAJA X 24, SABORES VARIADOS |                                                                    |                                   |                                                                           |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                        | RSIAL12M03497                                                      | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                             | CAJITA X 200 ML                                                    | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | CAJA X 24 UNIDADES                                                        |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>        |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :                                      |                                                                    |                                   |                                                                           |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. LA MARCA DE ESTE ELEMENTO ES INDISPENSABLE PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO U OBTENER EL EFECTO O SERVICIO DESEADO ? |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | EXISTEN DIFERENTES MARCAS EN EL MERCADO                            |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                           |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |             |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S):                                                                                                                                                                            | JANNETH HASBELDY SALAZAR VIRGUEZ                                                    |             |                                                                           |
| FIRMA (S):                                                                                                                                                                                 |  | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:                                                                                                                                                                                     | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | GRUPO GESTIÓN AMBIENTAL Y SOPORTE HOTELERO                                |
| NOMBRE (S):                                                                                                                                                                                |                                                                                     |             |                                                                           |
| FIRMA (S):                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                           |
| NOMBRE (S):                                                                                                                                                                                |                                                                                     |             |                                                                           |
| FIRMA (S):                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | FECHA       | DD <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. |                                                                                     |             |                                                                           |