

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

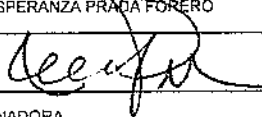
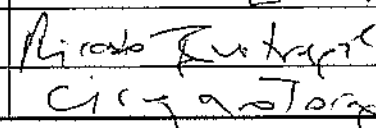
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                         |                                   |                                                         |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | SET DE TORAX                                            | 2. NOMBRE COMERCIAL               | SET TORAX                                               |
| 3. PROVEEDOR                                               | SURGICON & CIA                                          | 4. MARCA O REFERENCIA             | SCALAN                                                  |
| 5. ESPECIFICACIONES: 14 ITEMS DE INSTRUMENTOS PARA TORAX   |                                                         |                                   |                                                         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0003767                                          | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 12 MM 05 AÑO 2019                                    |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                                  | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                  |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES : |                                                         |                                   |                                                         |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                         |                                        |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO       | SI <input type="checkbox"/> NO <input 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                                        |                                        |                                                         |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                         |                                        |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                         | NO <input type="checkbox"/>            |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA ESPECIALIDAD      |                                        |                                                         |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                         |                                        |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                         | NO <input type="checkbox"/>            |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                |                                        |                                                         |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO                                                        |             |                                                                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 13 MM 10 AAAAA 2016                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION                                                                   |
| NOMBRE (S):     | Ricardo Buitrago                                                                    |             |                                                                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          | Cirujano Torax                                                                      | DEPENDENCIA |                                                                                        |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAAA <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                                                                      | ESTANTE EN ACERO INOXIDABLE                             | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ESTANTE EN ACERO INOXIDABLE                                             |
| 3. PROVEEDOR                                                                            | HOSPI MEDICS                                            | 4. MARCA O REFERENCIA             | EAGLE                                                                   |
| 5. ESPECIFICACIONES: PARALES, BANDEJAS, ABRAZADERAS Y SEGUROS DE BANDEJA EN ACERO CROMO |                                                         |                                   |                                                                         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                | NO APLICA                                               | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                     | UNIDAD                                                  | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                                  |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                 |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :                              |                                                         |                                   |                                                                         |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO       | SI <input type="checkbox"/> NO <input 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                                                   |                                        |                                                         |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                         |
| SI <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                                                                    | NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | NO ES DE ACERO INOXIDABLE                                          |                                        |                                                         |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                         |
| SI <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                                                                    | NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | NO CUMPLE CON LO REQUERIDO                                         |                                        |                                                         |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                              |             |                                                                                |
|-----------------|------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO |             |                                                                                |
| FIRMA (S):      |                              | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> 2016 |
| CARGO:          | COORDINADORA                 | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION                                                           |
| 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                                                                    |                                                        |           |              |

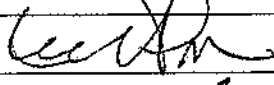
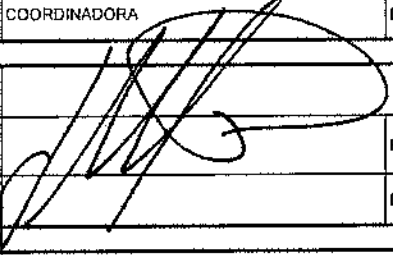
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                 |                             |                             |                                   |                             |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                              | ESTANTE EN ACERO INOXIDABLE |                             | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ESTANTE EN ACERO INOXIDABLE |                             |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                    | HOSPIMEDICS                 |                             | 4. MARCA O REFERENCIA             | EAGLE                       |                             |
| 5. ESPECIFICACIONES: CON PARALES ABRAZADERAS Y SEGUROS DE BANDEJA EN ACERO INOXIDABLE Y BANDEJAS EN ACERO CROMO |                             |                             |                                   |                             |                             |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                                        | NO APLICA                   |                             | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                          | MM                          |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                                             | UNIDAD                      |                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                      |                             |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :                                                      |                             |                             |                                   |                             |                             |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                         |                                        |                                  |                             |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/>             | NO <input checked="" 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                        |                                        |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                         |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                   |                                         |                                        |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | LAS BANDEJAS NO SON EN ACERO INOXIDABLE |                                        |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                         |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                   |                                         |                                        |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | NO CUMPLE CON LO REQUERIDO              |                                        |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                      |    |    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|----|----|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO                                                        |             |                      |    |    |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DE                   | 13 | MM |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION |    |    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                      |    |    |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DE                   |    | MM |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                      |    |    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                      |    |    |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DE                   |    | MM |
| 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                                                                    |                                                        |           |              |

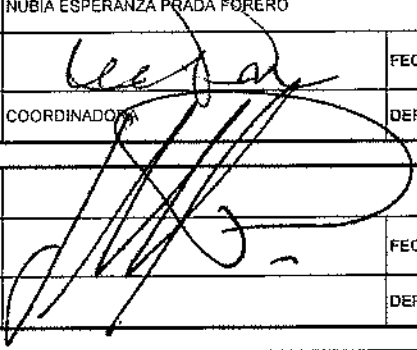
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                              |                             |                             |                                   |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                           | ESTANTE EN ACERO INOXIDABLE |                             | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ESTANTE EN ACERO INOXIDABLE |                             |
| 3. PROVEEDOR                                                                                 | HOSPIMEDICS S.A             |                             | 4. MARCA O REFERENCIA             | EAGLE                       |                             |
| 5. ESPECIFICACIONES: PARALES, BANDEJAS, ABRAZADERAS Y SEGUROS DE BANDEJA EN ACERO INOXIDABLE |                             |                             |                                   |                             |                             |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                     | NO APLICA                   |                             | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                          | AA                          |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                          | UNIDAD                      |                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                      |                             |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input 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 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                       |                             |                                  |                             |                             |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                        |                             |                                  |                             |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                        |                             |                                  |                             |                             |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES        |                             |                                  |                             |                             |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                        |                             |                                  |                             |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                        |                             |                                  |                             |                             |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO               |                             |                                  |                             |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |  |             |    |    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|----|----|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO                                                        |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DE | 13 |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        |  | DEPENDENCIA | MM | 10 |
|                 |                                                                                     |  | AAAA        |    |    |
|                 |                                                                                     |  | 2016        |    |    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |                                                                                     |  | FECHA       | DE |    |
| CARGO:          |                                                                                     |  | DEPENDENCIA | MM |    |
|                 |                                                                                     |  | AAAA        |    |    |
|                 |                                                                                     |  |             |    |    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |                                                                                     |  | FECHA       | DE |    |
| CARGO:          |                                                                                     |  | DEPENDENCIA | MM |    |
|                 |                                                                                     |  | AAAA        |    |    |
|                 |                                                                                     |  |             |    |    |

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                                                                    |                                                        |           |              |

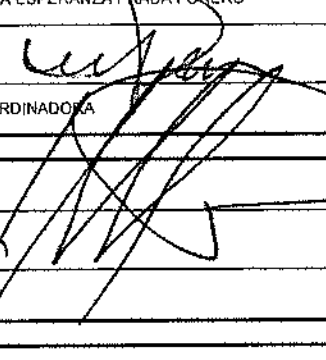
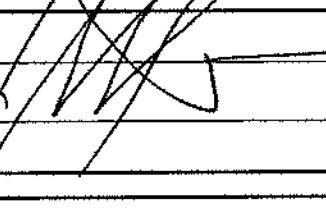
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                    |                                                                    |                                   |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                 | SET DE MICROCIJURGIA                                               | 2. NOMBRE COMERCIAL               | CABLE BIPOLAR ENCHUFE PLANO                             |
| 3. PROVEEDOR                                                       | BBRAUN MEDICAL S.A                                                 | 4. MARCA O REFERENCIA             | AESCLAP                                                 |
| 5. ESPECIFICACIONES: 28.6 MM                                       |                                                                    |                                   |                                                         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                           | 2008DM-0002858                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 24 MM 12 AAA 2018                                    |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                  |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES : NINGUNA |                                                                    |                                   |                                                         |

#### 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                                                   |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD                   |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                           |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADAFORERO                                                         |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DE 13 MM 10 AAAA 2016                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION                                                      |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DE <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                           |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DE <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                                                                    |                                                        |           |              |

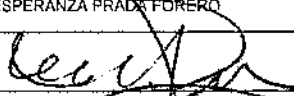
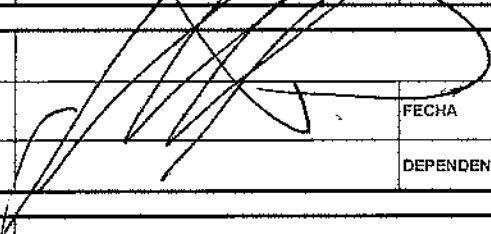
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                   |                                                                    |                                   |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                | SET MICROCIROUGIA                                                  | 2. NOMBRE COMERCIAL               | SET MICROCIROUGIA                                                  |
| 3. PROVEEDOR                                                      | BRAUN MEDICAL S.A.                                                 | 4. MARCA O REFERENCIA             | AESCLAP                                                            |
| 5. ESPECIFICACIONES: 28 ITEMS INSTRUMENTOS PARA MICROCIROUGIA.    |                                                                    |                                   |                                                                    |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                          | 2012DM-0008515                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 5 MM 3 AAA 2022                                                 |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                               | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                             |
| 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: NINGUNA |                                                                    |                                   |                                                                    |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI <input type="checkbox"/> NO <input 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                                                   |                                  |                                                         |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES REQUERIDAS PARA LA ESPECIALIDAD    |                                  |                                                         |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                           |                                  |                                                         |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO                                                        |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DI 13 MM 10 AAAA 2016                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION                                                      |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DI <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                           |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DI <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                                                                    |                                                        |           |              |

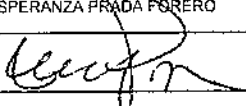
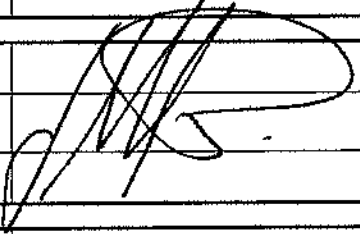
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                               |                                                                    |                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                            | SEPARADOR ABDOMINAL BALFOUR                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | RETRACTOR ABDOMINAL BALFOUR CON VALVAS                  |
| 3. PROVEEDOR                                                  | BBRAUN MEDICAL S.A                                                 | 4. MARCA O REFERENCIA             | AESCLAP                                                 |
| 5. ESPECIFICACIONES: VALVAS LATERALES PAR 60MM DE PROFUNDIDAD |                                                                    |                                   |                                                         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                      | 2012DM-0008515                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 05 MM 03 AÑO 2022                                    |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                           | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                  |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input 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 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                                                   |                                  |                                                         |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS                                      |                                  |                                                         |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                           |                                  |                                                         |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                            |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO                                                        |             |                                                                            |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 13 MM 10 AAAAA 2016                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION                                                       |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                                                            |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAAA <input type="text"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                            |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                            |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAAA <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                                                                    |                                                        |           |              |

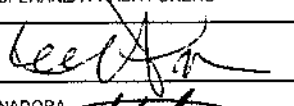
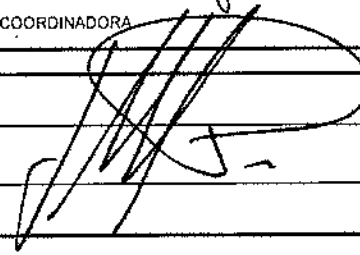
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                       |                                                         |                                   |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                    | NEUROCIRUGIA                                            | 2. NOMBRE COMERCIAL               | PINZA ATRAUMÁTICA RECTA                                 |
| 3. PROVEEDOR                                                          | BBRAUN MEDICAL S.A                                      | 4. MARCA O REFERENCIA             | AESCLAP                                                 |
| 5. ESPECIFICACIONES: PINZA DE DISECCION BOCA 1MM X 150 MM DE LONGITUD |                                                         |                                   |                                                         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                              | 2012DM-0008515                                          | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 05 MM 03 AAAA 2022                                   |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                   | UNIDAD                                                  | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | UNIDAD                                                  |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES : NINGUNA    |                                                         |                                   |                                                         |

#### 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 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 ?                                                                                                                             | HAY OTRAS MARCAS                                                   |                                        |                                                         |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES                                    |                                        |                                                         |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                         |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                         |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LO SOLICITADO                                           |                                        |                                                         |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | NUBIA ESPERANZA PRADA FORERO                                                        |             |                                                                           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 13 MM 10 AAAA 2016                                                     |
| CARGO:          | COORDINADORA                                                                        | DEPENDENCIA | GRUPO ESTERILIZACION                                                      |
| 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.