



|                                         |           |              |
|-----------------------------------------|-----------|--------------|
| INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE  | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-09 |
| GESTIÓN DEL GASTO                       | VERSIÓN:  | 02           |
| MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                           |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO   | EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCERLOGIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, INVITA A PRESENTAR PROPUESTA PARA LA PRESENTACION DE SERVICIOS DE ALBERGUE DE PASO PARA PACIENTES DEL INSTITUTO CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 13 A 18 AÑOS SIN ACOMPAÑANTES. |
| 3. PROVEEDOR         | FUNDACION DHARMA                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4. ESPECIFICACIONES: | Alojamiento y alimentación a los pacientes usuarios del Instituto Nacional de Cancerologia Empresa Social del Estado. A menores de 13 a 18 años sin acompañante                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |

#### 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 ?                                                                      | POR QUE PUEDEN EXISTIR OTROS PROVEEDORES DE ESTE SERVICIO       |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                 |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                 |                             |
| PORQUE ?                                                                      | EL PROVEEDOR CUMPLE LAS CARACTERISTICA TECNICAS NORMATIVAS      |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                 |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                 |                             |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCION |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                           |             |                               |
|-----------------|---------------------------|-------------|-------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ANA EDITH HERNANDEZ LOPEZ |             |                               |
| FIRMA (S):      |                           | FECHA       | D 29 MM 03 AAAA 2016          |
| CARGO:          | Coordinadora              | DEPENDENCIA | Grupo Area Gestión a Usuarios |
|                 |                           |             |                               |
| NOMBRE (S):     |                           |             |                               |
| FIRMA (S):      |                           | FECHA       | D MM AAAA                     |
| CARGO:          |                           | DEPENDENCIA |                               |
|                 |                           |             |                               |
| NOMBRE (S):     |                           |             |                               |
| FIRMA (S):      |                           | FECHA       | D MM AAAA                     |
| CARGO:          |                           | DEPENDENCIA |                               |

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



|                                         |           |              |
|-----------------------------------------|-----------|--------------|
| INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE  | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-09 |
| GESTIÓN DEL GASTO                       | VERSIÓN:  | 02           |
| MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS | VIGENCIA: | 30-05-2014   |
| Página 1 de 1                           |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO   | EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, INVITA A PRESENTAR LA PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ALBERGUES DE PASO PARA PACIENTES DEL INSTITUTO CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 2 A 12 AÑOS SIN ACOMPAÑANTE. |
| 3. PROVEEDOR         | FUNDACION ESPERANZA Y VIDA                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. ESPECIFICACIONES: | Alojamiento y alimentación a los pacientes usuarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE, con edades comprendidas entre los 2 a 12 años sin acompañante.                                                                                    |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 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 ?                                                                      | POR QUE PUEDEN EXISTIR OTROS PROVEEDORES DE ESTE SERVICIO       |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                 |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                 |                             |
| PORQUE ?                                                                      | EL PROVEEDOR CUMPLE LAS CARACTERISTICAS TECNICAS NORMATIVAS     |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                 |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                 |                             |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCION |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                           |             |                               |
|-----------------|---------------------------|-------------|-------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ANA EDITH HERNANDEZ LOPEZ |             |                               |
| FIRMA (S):      |                           | FECHA       | D 29 MM 03 AAAA 2016          |
| CARGO:          | Coordinadora              | DEPENDENCIA | Grupo Area Gestión a Usuarios |
|                 |                           |             |                               |
| NOMBRE (S):     |                           |             |                               |
| FIRMA (S):      |                           | FECHA       | D MM AAAA                     |
| CARGO:          |                           | DEPENDENCIA |                               |
|                 |                           |             |                               |
| NOMBRE (S):     |                           |             |                               |
| FIRMA (S):      |                           | FECHA       | D MM AAAA                     |
| CARGO:          |                           | DEPENDENCIA |                               |

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