

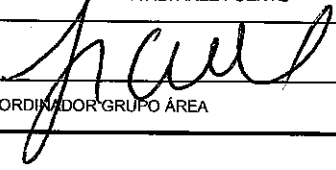
|                                                                                   |                                                       |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-29 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                     | VERSIÓN:      | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS<br>EVALUACIÓN | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|                                                                                   |                                                       | Página 1 de 1 |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                        |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                     | SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y MANTENIMIENTO DE REDES DE GASES MEDICINALES |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                           | LINDE COLOMBIA S.A.                                                           |
| 4. ESPECIFICACIONES: CONTRATACIÓN PÚBLICA No. 052- 2017 SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y MANTENIMIENTO DE REDES DE GASES MEDICINALES. |                                                                               |
| SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES Y MANTENIMIENTO DE REDES DE GASES MEDICINALES.                                                         |                                                                               |

#### 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 ?                                                                      |                                                                                             |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                             |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                             |                             |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS               |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                             |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                             |                             |
| PORQUE ?                                                                      | CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES. |                             |

|                 |                                                                                     |             |                                                                          |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DRA. LIA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE                                                   |             |                                                                          |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D 04 MM 09 AAAA 2017                                                     |
| CARGO:          | COORDINADOR GRUPO ÁREA                                                              | DEPENDENCIA | GRUPO ÁREA GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACÉN                                   |
|                 |                                                                                     |             |                                                                          |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                          |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <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.