

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

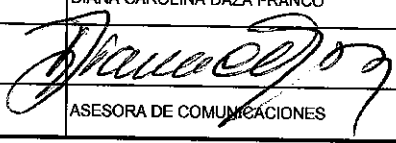
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO   | REALIZACIÓN DEL MONITOREO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CLIPPING DE MEDIOS) DE CUBRIMIENTO NACIONAL Y REGIONAL (PRENSA - INCLUIDOS PERIÓDICOS Y REVISTAS- RADIO, TELEVISIÓN E INTERNET) Y AGENCIAS DE PRENSAS COMO ACTIVIDAD DEFINIDA EN EL PDI. |
| 3. PROVEEDOR         | MEDICIONES Y MEDIOS SAS                                                                                                                                                                                                                       |
| 4. ESPECIFICACIONES: | REALIZACIÓN DEL MONITOREO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CLIPPING DE MEDIOS) DE CUBRIMIENTO NACIONAL Y REGIONAL (PRENSA - INCLUIDOS PERIÓDICOS Y REVISTAS- RADIO, TELEVISIÓN E INTERNET) Y AGENCIAS DE PRENSAS COMO ACTIVIDAD DEFINIDA EN EL PDI. |

#### 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 ?                                                                      | Presenta su propuesta con los requerimientos solicitados en los estudios previos y anexo 3 de la invitacion a cotizar. |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                 | NO <input type="checkbox"/>            |
| ¿PORQUE ?                                                                      | cumple con lo solicitado en el anexo 3.                                                                                |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                      |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DIANA CAROLINA DAZA FRANCO                                                          |             |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 24 MM 03 AAAA 2017                                                                |
| CARGO:          | ASESORA DE COMUNICACIONES                                                           | DEPENDENCIA | DIRECCION GENERAL                                                                    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                      |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                      |

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

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

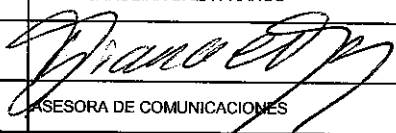
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                 | REALIZACIÓN DEL MONITOREO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CLIPPING DE MEDIOS) DE CUBRIMIENTO NACIONAL Y REGIONAL (PRENSA - INCLUIDOS PERIÓDICOS Y REVISTAS- RADIO, TELEVISIÓN E INTERNET) Y AGENCIAS DE PRENSAS COMO ACTIVIDAD DEFINIDA EN EL PDI. |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                       | COMPETENCIA PLUS                                                                                                                                                                                                                              |
| 4. ESPECIFICACIONES: REALIZACIÓN DEL MONITOREO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CLIPPING DE MEDIOS) DE CUBRIMIENTO NACIONAL Y REGIONAL (PRENSA - INCLUIDOS PERIÓDICOS Y REVISTAS- RADIO, TELEVISIÓN E INTERNET) Y AGENCIAS DE PRENSAS COMO ACTIVIDAD DEFINIDA EN EL PDI. |                                                                                                                                                                                                                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                |                                                                                                                        |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5. ¿LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE?                                             | SI <input type="checkbox"/>                                                                                            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. ¿EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                        |                                        |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>             |                                                                                                                        |                                        |
| ¿PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                        |                                        |
| 7. ¿RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                        |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>             |                                                                                                                        |                                        |
| ¿PORQUE ?                                                                      | Presenta su propuesta con los requerimientos solicitados en los estudios previos y anexo 3 de la invitación a cotizar. |                                        |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                 |                                                                                                                        |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>             |                                                                                                                        |                                        |
| ¿PORQUE ?                                                                      | cumple con lo solicitado en el anexo 3.                                                                                |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                      |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DIANA CAROLINA DAZA FRANCO                                                          |             |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 24 MM 03 AAAA 2017                                                                |
| CARGO:          | ASESORA DE COMUNICACIONES                                                           | DEPENDENCIA | DIRECCION GENERAL                                                                    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                      |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                      |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                      |

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