

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

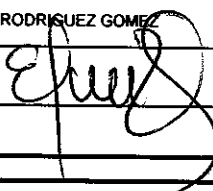
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADOS
3. PROVEEDOR	LABORATORIO DE INVESTIGACION HORMONAL
4. ESPECIFICACIONES:	
CUMPLE CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS NORMATIVOS PARA HABILITACION, CERTIFICACIONES DE CALIDAD .	
OFERTA TODOS LOS EXAMENES REQUERIDOS	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
	SI ☐	NO ☒
PORQUE ?		
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
	SI ☒	NO ☐
PORQUE ?		
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
	SI ☒	NO ☐
PORQUE ?	CUMPLE CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	ELIZABETH RODRIGUEZ GOMEZ		
FIRMA (S):		FECHA	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
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-29
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	01
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 1			

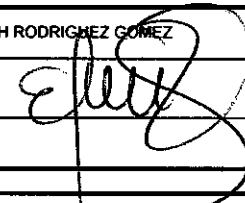
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADOS
3. PROVEEDOR	LABORATORIO CLINICO COLCAN
4. ESPECIFICACIONES:	
CUMPLE CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS NORMATIVOS PARA HABILITACION, CERTIFICACIONES DE CALIDAD .	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑIA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?		
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI NO ☒		
PORQUE ?		
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	NO CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS.	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	ELIZABETH RODRIGUEZ GOMEZ		
FIRMA (S):		FECHA	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	