

|  |                                                        |               |              |
|--|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-28 |
|  | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:      | 01           |
|  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|  |                                                        | Página 1 de 1 |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | AGUJA DENTAL LARGA 27G                                             | 2. NOMBRE COMERCIAL               | AGUJA DENTAL LARGA                |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S.                                                    | 4. MARCA O REFERENCIA             | NEW STECTIC                       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0001721                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 21 MM 04 AAAA 2018             |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDADES                                                           | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | CAJA X 100 UNIDADES               |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función.       |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS                              |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                               |             |                                                                                   |
|-----------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                         |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                   | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                                                                   |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                 | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA                                                             |
| NOMBRE (S):     |                                               |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | <input type="checkbox"/> M <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.

20011242

|               |                                                        |           |              |
|---------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|               | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|               | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|               | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1 |                                                        |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | AGUJAS LARGAS                                                      | 2. NOMBRE COMERCIAL               | AGUJA DENTAL LARGA 30G            |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S.                                                    | 4. MARCA O REFERENCIA             | MEDIC DENTAL                      |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0001721                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 21 MM 04 AAAA 2018             |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDADES                                                           | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | CAJA X 100                        |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                  |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                               |             |                                                                                   |
|-----------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                         |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                   | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                                                                   |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                 | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA                                                             |
| NOMBRE (S):     |                                               |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | <input type="checkbox"/> M <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.

70011248

|                                                                                  |                                                        |           |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                  | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                  | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                        |           |              |

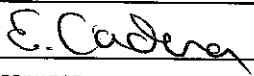
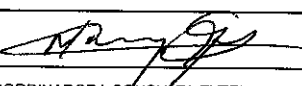
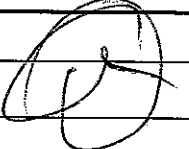
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                           |                             |                                        |                                   |                                |       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                        | PASTA PROFILÁCTICA          |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | DETARFAR PASTA PARA PROFILAXIS |       |
| 3. PROVEEDOR                                              | LA MUELA S.A.S              |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | EUFAR                          |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                      |                             |                                        |                                   |                                |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                  | 2016DM-001587-R2            |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 19 MM 02 AAAA 2026          |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                       | FRASCO                      |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | TUBO X 50 G.                   |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>    | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |      |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|------|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |      |           |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |      |           |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       |                       | M    | 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.

20011249

|               |                                                        |           |              |
|---------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|               | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|               | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|               | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1 |                                                        |           |              |

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                          |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | CEPILLOS PARA PROFILAXIS    | 2. NOMBRE COMERCIAL                    | CEPILLOS PARA PROFILAXIS |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              | 4. MARCA O REFERENCIA                  | FEN                      |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                          |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0003947              | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO      | DD 02 MM 06 AAAA 2019    |
| 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: X                    |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                                        |                                        |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                                        |                                        |                             |                                        |
|                                                                                                                                      |                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                                        |                                        |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                                        |                                        |                             |                                        |
|                                                                                                                                      |                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                                        |                                        |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                               |             |                       |      |           |
|-----------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------------------|------|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                         |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                   | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |      |           |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                 | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |      |           |
| NOMBRE (S):     |                                               |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       |                       | M    | 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.

20011250



## A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | BABEROS DESECHABLES                                                | 2. NOMBRE COMERCIAL               | BABEROS DESECHABLES               |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | JMM                               |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | NO REQUIERE                                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD MM AAAA                        |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | PAQUETE X15 UNIDADES              |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                  |                                                                    |

## C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                               |             |                       |
|-----------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                         |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                   | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                 | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |                                               |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| 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.

20011251



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

CÓDIGO:

GDG-P02-F-28

GESTIÓN DEL GASTO

VERSIÓN:

01

MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS

VIGENCIA:

31-12-2016

Página 1 de 1

## A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | FRESAS PARA PULIR RESINA    | 2. NOMBRE COMERCIAL                    | FRESAS DIAMANTADAS PARA PULIR RESINAS |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUJELA S.A.S             | 4. MARCA O REFERENCIA                  | KG SORENSEN                           |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0003733              | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO      | DD 27 MM 04 AAAA 2019                 |
| 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: X                                 |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                                        |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             | NO <input type="checkbox"/>            |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                                        |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             | NO <input type="checkbox"/>            |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                                        |                                  |                             |                                        |

## C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                                                           |                               |             |                       |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S):                                           | DOCTOR ENRIQUE CADENA         |             |                       |
| FIRMA (S):                                                |                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:                                                    | COORDINADOR                   | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S): ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ |                               |             |                       |
| FIRMA (S):                                                |                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:                                                    | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):                                               |                               |             |                       |
| FIRMA (S):                                                |                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| 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.

20011252



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

CÓDIGO:

GDG-P02-F-28

GESTIÓN DEL GASTO

VERSIÓN:

01

MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS

VIGENCIA:

31-12-2016

Página 1 de 1

## A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                                  |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | FRESAS REDONDAS DE TODOS LOS TAMAÑOS                               | 2. NOMBRE COMERCIAL               | FRESAS REDONDAS DIAMANTADAS DE TODOS LOS TAMAÑOS |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | KG SORENSEN                                      |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                                  |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0003733                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 27 MM 04 AAAA 2019                            |
| 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: X                |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                  |                                                                    |

## C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                               |             |                       |
|-----------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                         |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                   | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GÓMEZ SÁNCHEZ |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                 | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |                                               |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                               | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| 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.

20011253

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

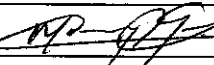
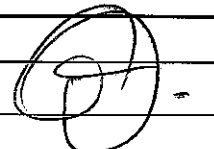
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | FRESAS EN PERA DIAMANTE                                            | 2. NOMBRE COMERCIAL               | FRESAS DIAMANTADAS EN PERA        |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | KG SORENSEN                       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0003733                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 27 MM 04 AAAA 2019             |
| 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: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función.       |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS.                            |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |              |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA: | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |              |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA: | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |  |              |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| 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.

20011254

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

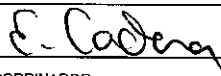
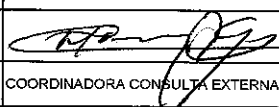
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | ADHESIVO PARA RESINA                                               | 2. NOMBRE COMERCIAL               | AGENTE UNION PRIME Y BOND 2.1     |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | DENTSPLY                          |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0001759-R1                                                  | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 28 MM 04 AAAA 2018             |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | FRASCO X 4ML                      |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | M 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.

55211002

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

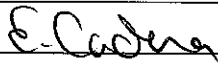
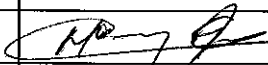
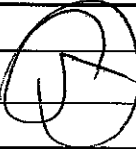
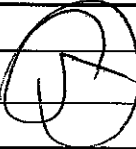
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                              |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | ALGODÓN TRENZADO                                                   | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ALGODÓN EN ROLLOS X 1000 TRENZADO STAR ROLLS |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUETA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | NEW STETIC                                   |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                              |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0001810-R1                                                  | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 01 MM 07 AAAA 2018                        |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | PAQUETE                                                            | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | PAQUETE X 1000 ROLLOS TRENZADOS              |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X            |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                                  |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                  |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                                                                   |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GÓMEZ SÁNCHEZ                                       |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA                                                             |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | <input type="checkbox"/> M <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.

20011258

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

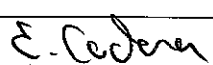
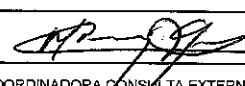
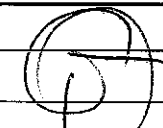
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                               |                                        |                                   |                                               |       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | ANESTESIA CON LIDOCAINA AL 2% |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | NEWCAINA 2% E-80 CAJA X50 CARP CON EPINEFRINA |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | NEW STETIC                                    |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                               |                                        |                                   |                                               |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2012M-0001183-R1              |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 04 MM 09 AAAA 2017                         |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                        |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | CAJA X 50 CARPULAS                            |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>   | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>                   | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

20011259

|                                                                                   |                                                        |  |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 |  | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      |  | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS |  | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
|                                                                                   | Página 1 de 1                                          |  |           |              |

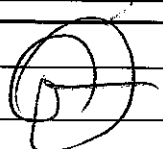
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                   |                                         |       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | BANDA METALICA DELGADA      |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | BANDA METALICA PORTAMATRIZ ANGOSTA 3/16 |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | FEN                                     |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                   |                                         |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | NO REQUIERE                 |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD MM AAAA                              |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | ROLLO                       |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | ROLLO                                   |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>             | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

20011260

|                                                                                   |                                                        |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:      | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|                                                                                   |                                                        | Página 1 de 1 |              |

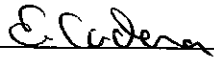
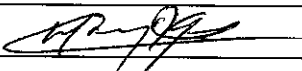
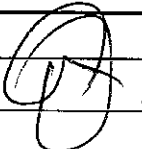
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                   |                                        |         |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|---------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | BANDA METALICA GRUESA       |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | BANDA METALICA PORTAMATRIZ ANGOSTA 1/4 |         |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | FEN                                    |         |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                   |                                        |         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | NO REQUIERE                 |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                                     | MM AAAA |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | ROLLO                       |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | ROLLO                                  |         |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>            | NO: X   |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                                        |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             | NO <input type="checkbox"/>            |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                                        |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             | NO <input type="checkbox"/>            |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                                        |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

70011261

|                                                                                   |                                                        |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:      | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|                                                                                   |                                                        | Página 1 de 1 |              |

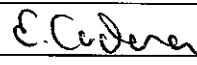
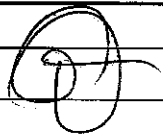
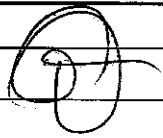
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                   |                                |       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | <u>BARNIZ GENERICO</u>      |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | <u>CLINPRO TM WHITE VARNIS</u> |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | <u>LA MUELA S.A.S</u>       |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | <u>3M</u>                      |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                   |                                |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 201DM-0006371               |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 08 MM 10 AAAA 2020          |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | SOBRE                       |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | <u>CAJA X 100 MONODOSIS</u>    |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>    | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | <u>en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función.</u> |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                     |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                     |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | <u>CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS.</u>                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                     |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                     |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | <u>CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS</u>                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

70011262

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

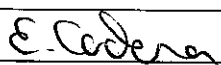
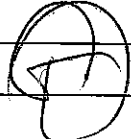
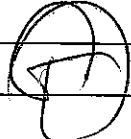
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                      |                                        |                                   |                              |         |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | <u>CUÑAS DE MADERA Y/O PLÁSTICAS</u> |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | <u>CUÑAS PLÁSTICAS</u>       |         |
| 3. PROVEEDOR                                               | <u>LA MUELA S.A.S</u>                |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | <u>MAYORDENT</u>             |         |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                      |                                        |                                   |                              |         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | NO REQUIERE                          |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                           | MM AAAA |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | PAQUETE                              |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | <u>PAQUETE X100 UNIDADES</u> |         |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>          | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>  | NO: X   |
| 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 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 ?                                                                                                                             | <u>en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función</u> |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | <u>CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS</u>                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | <u>CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS</u>                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |              |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |              |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA: | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |              |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA: | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |              |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:       | <input type="text"/>            | M <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.

20011763

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

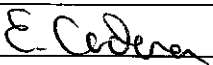
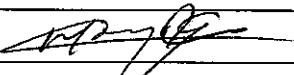
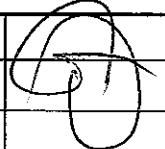
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                       |                                        |                                   |                                       |       |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | DISCOS TIPO SOFLEX PARA PULIR RESINAS |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | DISCOS TIPO SOFLEX PARA PULIR RESINAS |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                        |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | 3M                                    |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                       |                                        |                                   |                                       |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2016DM-0014743                        |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 24 MM 05 AAAA 2026                 |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | CAJA                                  |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | CAJA X 120                            |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>           | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

20011264

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

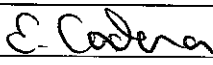
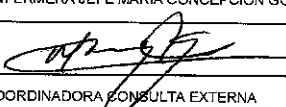
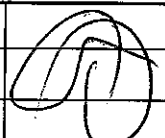
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | GASA PARA ODONTOLOGÍA       |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | GASA PARA ODONTOLOGÍA       |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | NATURAL MASTER              |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2011DM-0007739              |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 19 MM 08 AAAA 2021       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | PAQUETE                     |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | PAQUETE                     |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GÓMEZ SÁNCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERÍA ONCOLÓGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <input type="text"/>            | AAAA <input type="text"/>              |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                 |                                   |                                        |

Nota: El B39:Q43 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.

20011265

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

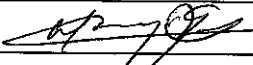
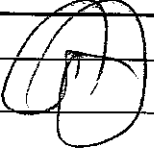
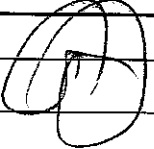
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                      |                                        |                                   |                                |       |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | HIDROXIDO DE CALCIO PASTA PASTA LIFE |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | HIDROXIDO DE CALCIO DICAL LIFE |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                       |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | KERR                           |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                      |                                        |                                   |                                |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | V-004109R1                           |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 13 MM 08 AAAA 2019          |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | KIT                                  |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | KIT BASE CATALIZADOR           |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>          | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>    | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

20011266

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
|                                                                                   | Página 1 de 1                                          |           |              |

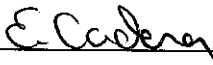
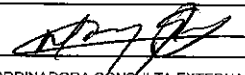
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                        |                                        |                                   |                                 |       |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | IONOMERO DE VIDRIO TIPO II RESTAURADOR |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | GOLD LABEL 2-FUJI II AUTOCURADO |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                         |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | GC                              |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                        |                                        |                                   |                                 |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0002129                         |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 18 MM 08 AAAA 2018           |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                 |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | KIT MINI                        |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>     | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                        |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                        |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                              |                             | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS.                      |                             |                                        |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                        |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                              |                             | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                        |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |      |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|------|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |      |           |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |      |           |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       |                       | M    | AAAA      |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                       |      |           |

Nota: E+A9:Q43I 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.

20011267

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

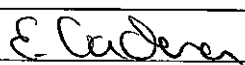
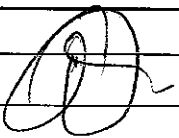
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | IONOMERO DE VIDRIO - LINER  |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | FUJI LINING LC              |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | GC                          |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2016DM-0015129              |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 31 MM 08 AAAA 2026       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                      |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | KIT MINI                    |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GÓMEZ SÁNCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERÍA ONCOLÓGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <input type="text"/>            | AAAA <input type="text"/>              |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                 |                                   |                                        |

Nota: E+A27:Q43I 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.

20011268

|                                                                                   |                                                        |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:      | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|                                                                                   |                                                        | Página 1 de 1 |              |

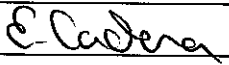
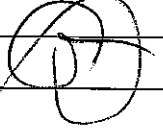
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                  |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | MICROBRUSH O PINCELES / FCQ X100 |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | APLICADOR - MICROBRUSH      |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                   |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | USA                         |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                  |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2014DM-0011954                   |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 16 MM 10 AAAA 2024       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | FRASCO                           |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | FRASCO X 100 UNIDADES       |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>      | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |      |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|------|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |      |           |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAA 2017  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |      |           |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       |                       | M    | 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.

20011269

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

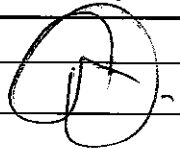
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | CEMENTO TEMPORAL                                                   | 2. NOMBRE COMERCIAL               | COLTOSOL MD TEMP                  |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | METABIOMED                        |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2015DM-0013751                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 05 MM 10 AAAA 2025             |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | FRASCO X 40 GR                    |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                       |

Nota: E+A1:Q43I 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.

20011270

|                                                                                   |                                                        |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:      | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|                                                                                   |                                                        | Página 1 de 1 |              |

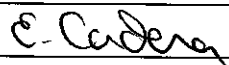
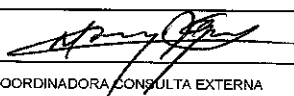
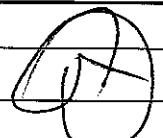
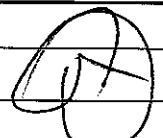
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | PAPEL ARTICULAR                                                    | 2. NOMBRE COMERCIAL               | PAPEL ARTICULAR                   |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | USA                               |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | NO REQUIERE                                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD MM AAAA                        |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | LIBRILLO                          |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                                                                   |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA                                                             |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | <input type="checkbox"/> M <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.

2001/271

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

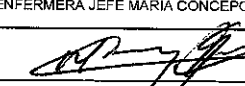
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | PUNTAS ULTRASONIDO 30K                                             | 2. NOMBRE COMERCIAL               | PUNTA ULTRASONIDO REF. UI1030K    |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | HU FRIEDY                         |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0002882                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 24 MM 12 AAAA 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: X |
| 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 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 checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>      |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | Deben ser compatibles con el equipo de la consulta                 |                                  |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>      |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                  |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                  |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>      |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                  |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| 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.

20011272

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

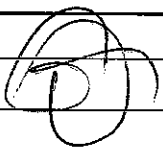
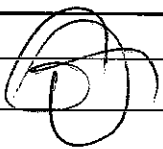
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | RESINA DE FOTOCURADO                                               | 2. NOMBRE COMERCIAL               | RESINA SPECTRA BASIC              |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | DENTSPLY                          |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2016DM-0015199                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 13 MM 09 AAAA 2027             |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | JERINGA DE 4 GRAMOS               |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función        |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13 M 07 AAAA 2017     |
| 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.

20011273

|                                                                                   |                                                        |  |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 |  | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      |  | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS |  | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
|                                                                                   | Página 1 de 1                                          |  |           |              |

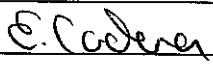
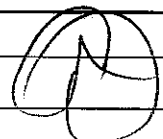
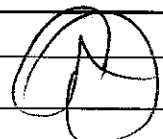
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | RESINA FLUIDA DE FOTOCURADO A2 |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | FITEK TM BULK FILL FLOWABLE |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                 |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | 3M                          |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2012DM-0009287                 |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 26 MM 11 AAAA 2022       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                         |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | JERINGA X2 GR               |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>    | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                          |                            |                               |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                          |                            |                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                       | M 07                       | AAAA 2017                     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO          |                            |                               |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCION GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                          |                            |                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                       | M 07                       | AAA 2017                      |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA    |                            |                               |
| NOMBRE (S):     |  |             |                          |                            |                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="checkbox"/> | M <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.

20011274

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

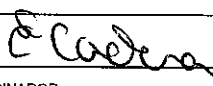
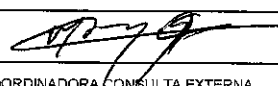
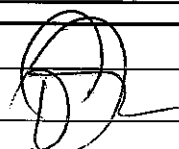
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                      |                                        |                                   |                                      |       |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | <u>SEDA DENTAL (ROLLO X 200 MTS)</u> |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | <u>SEDA DENTAL (ROLLO X 200 MTS)</u> |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | <u>LA MUELA S.A.S</u>                |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | <u>MAXIDENT</u>                      |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                      |                                        |                                   |                                      |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-0001871                       |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 03 MM 06 AAAA 2016                |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | ROLLO                                |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | <u>ROLLO</u>                         |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>          | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>          | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | <u>en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función</u> |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | <u>CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS</u>                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                    |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | <u>CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS</u>                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERÍA ONCOLÓGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

20011276

|                                                                                   |                                                        |  |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 |  | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      |  | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS |  | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
|                                                                                   | Página 1 de 1                                          |  |           |              |

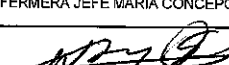
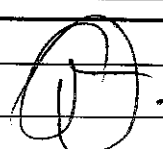
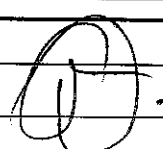
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                     |                                        |                                   |                                        |       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | SELLANTE DE FOTOCURADO (CLINPRO 3M) |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | SELLANTE CLINIPRO TM JERINGA DE 1.2 ML |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUJELA S.A.S                     |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | 3M                                     |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                     |                                        |                                   |                                        |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2011DM-0008167                      |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 21 MM 11 AAAA 2021                  |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | FRASCO                              |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | JERINGA 1.2 G                          |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>         | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>            | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                             |                                        |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                             |                                        |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             |                             | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                             |                                        |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                             |                                        |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             |                             | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                             |                                        |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text"/>            | M <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.

20011276

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

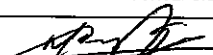
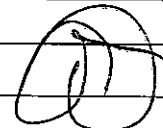
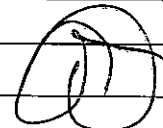
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | TIRANERVIOS                 |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | TIRANERVIOS                 |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | MANI                        |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0004859              |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 17 MM 11 AAAA 2019       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | CAJA                        |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | SOBRE X 6 UNIDADES          |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                        |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                        |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                              |                             | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                        |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                        |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                              |                             | NO <input type="checkbox"/>            |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                        |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                          |                            |                               |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                          |                            |                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                       | M 07                       | AAAA 2017                     |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO          |                            |                               |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                          |                            |                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                       | M 07                       | AAA 2017                      |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA    |                            |                               |
| NOMBRE (S):     |  |             |                          |                            |                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                          |                            |                               |

Nota: E+A24:Q43I 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.

20011277

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

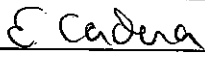
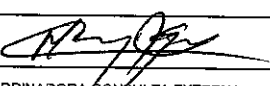
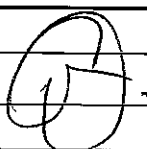
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                     |                                        |                                   |                             |         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | TIRAS DE MILLAR (PAQ X 50 UNIDADES) |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | TIRAS DE MILLAR             |         |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                      |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | USA                         |         |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                     |                                        |                                   |                             |         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | NO REQUIERE                         |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                          | MM AAAA |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | PAQUETE                             |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | PAQUETE X 50 UNIDADES       |         |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>         | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X   |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                                        |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             | NO <input type="checkbox"/>            |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                                        |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                                        |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                             | NO <input type="checkbox"/>            |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                                        |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |   |              |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|---|--------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |   |              |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M | 07 AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |   |              |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |   |              |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M | 07 AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |   |              |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |   |              |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       |                       | M | AAAA         |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                       |   |              |

Nota: E+A10:Q43I 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.

20011278

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

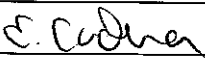
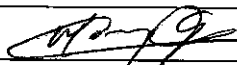
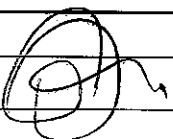
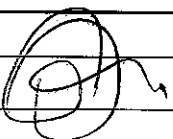
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                             |                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | DESMINERALIZANTE            | 2. NOMBRE COMERCIAL                    | DESMINFAR (ACIDO FOSFORICO AL 37%) 5 ML |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S              | 4. MARCA O REFERENCIA                  | EUFAR                                   |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                             |                                        |                                         |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-000474               | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO      | DD 30 MM 10 AAAA 2019                   |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                      | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE                | JERINGA X 5 ML                          |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA                  |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS.                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                 |                                   |                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAAA <input type="text" value="2017"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                 |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text" value="13"/> | M <input type="text" value="07"/> | AAA <input type="text" value="2017"/>  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA           |                                   |                                        |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                 |                                   |                                        |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | <input type="text"/>            | M <input type="text"/>            | AAAA <input type="text"/>              |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                 |                                   |                                        |

Nota: E+B30:Q43I 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.

20011279

|                                                                                   |                                                        |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:      | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA:     | 31-12-2016   |
|                                                                                   |                                                        | Página 1 de 1 |              |

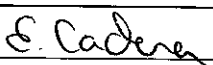
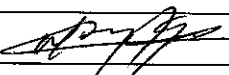
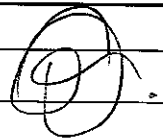
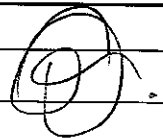
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | FLUOR NO ACIDULADO                                                 | 2. NOMBRE COMERCIAL               | FLUOFAR (SABOR CHICLE) GEL 240 ML |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                     | 4. MARCA O REFERENCIA             | EUFAR                             |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                    |                                   |                                   |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2011DM-0007516                                                     | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 12 MM 07 AAAA 2021             |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | FRASCO                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | FRASCO X 240 ML                   |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función.       |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                             |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                    |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                    | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                                |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO                                                                   |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | 13 M 07 AAAA 2017                                                                 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA                                                             |
| NOMBRE (S):     |  |             |                                                                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA:      | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                   |

Nota: E+A28:Q43I 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.

20011280

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

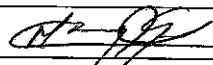
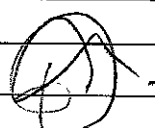
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                  |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | IONOMERO DE VIDRIO RECONSTRUCTOR |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | GC GOLD FUJII LC            |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                   |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | GC                          |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                  |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2008DM-002130                    |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 18 MM 08 AAAA 2018       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | UNIDAD                           |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | KIT MINI                    |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>      | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función. |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                       |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                              |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                          |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |      |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|------|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |      |           |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAA 2017  |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |      |           |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       |                       | M    | AAAA      |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                       |      |           |

Nota: E+A27:Q43I 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.

20011281

|                                                                                   |                                                        |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE                 | CÓDIGO:   | GDG-P02-F-28 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                                      | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE MATERIALES Y SUMINISTROS | VIGENCIA: | 31-12-2016   |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                        |           |              |

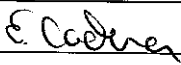
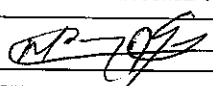
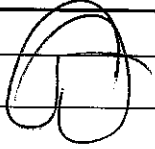
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                            |                                                                            |                                        |                                   |                             |       |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                         | LIMAS PRIMERA SERIE ENDODONCIA CAJA<br><input checked="" type="checkbox"/> |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | LIMAS PRIMERA SERIE - MANI  |       |
| 3. PROVEEDOR                                               | LA MUELA S.A.S                                                             |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | MANI                        |       |
| 5. ESPECIFICACIONES:                                       |                                                                            |                                        |                                   |                             |       |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                   | 2009DM-0004657                                                             |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD 17 MM 11 AAAA 2019       |       |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                        | CAJA                                                                       |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | CAJA X 6 UNIDADES           |       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                        | SI <input type="checkbox"/>                                                | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO: X |
| 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 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 ?                                                                                                                             | en el mercado hay otras marcas que cumplen la misma función |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS                      |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                             |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LOS CRITERIOS REQUERIDOS                         |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                       |      |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|------|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | DOCTOR ENRIQUE CADENA                                                               |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR                                                                         | DEPENDENCIA | CABEZA Y CUELLO       |      |           |
| NOMBRE (S):     | ENFERMERA JEFE MARIA CONCEPCIÓN GOMEZ SANCHEZ                                       |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | 13                    | M 07 | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA                                                       | DEPENDENCIA | ENFERMERIA ONCOLOGICA |      |           |
| NOMBRE (S):     |  |             |                       |      |           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       |                       | M    | AAAA      |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                       |      |           |

Nota: E+A28:Q43I 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.

20011282