

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

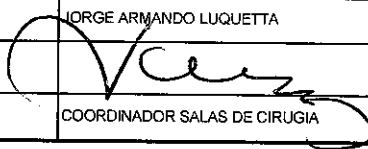
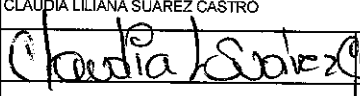
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                |                                         |    |                                   |                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                             | SOPORTE CIRCULAR CABEZA                 |    | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ALMOHADILLA PARA CABEZA ADULTO DONA CON DEPRESION CENTRAL 20,5 X 7,5 X 4,5 |    |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                   | SOLUCIONES Y SUMINISTROS MEDICOS S.A.S. |    | 4. MARCA O REFERENCIA             | ACTION                                                                     |    |
| 5. ESPECIFICACIONES: ALMOHADILLA PARA CABEZA PARA LOGRAR APOYO DEL PACIENTE, MATERIAL EN POLIMERO DE 20 X 5 CM |                                         |    |                                   |                                                                            |    |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                                       | NO REQUIERE                             |    | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                                                                         | MM |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                                            | UNIDAD                                  |    | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | NINGUNO                                                                    |    |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                                            | SI                                      | NO | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI                                                                         | NO |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :                                                     |                                         |    |                                   |                                                                            |    |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|----|----|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI                                                                                                                         | NO | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI | NO |
| 15. LA MARCA DE ESTE ELEMENTO ES INDISPENSABLE PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO U OBTENER EL EFECTO O SERVICIO DESEADO ? |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI NO                                                                                                                                |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | LO IMPORTANTE ES QUE CUMPLA CON EL REQUERIMIENTO.                                                                          |    |                                  |    |    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI NO                                                                                                                                |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |    |                                  |    |    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI NO                                                                                                                                |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |    |                                  |    |    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |  |             |                       |  |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|-----------------------|--|
| 18. NOMBRE (S): | JORGE ARMANDO LUQUETTA                                                              |  |             |                       |  |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DD 05 MM 10 AAAA 2017 |  |
| CARGO:          | COORDINADOR SALAS DE CIRUGIA                                                        |  | DEPENDENCIA |                       |  |
| NOMBRE (S):     | CLAUDIA LILIANA SUAREZ CASTRO                                                       |  |             |                       |  |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DD 05 MM 10 AAAA 2017 |  |
| CARGO:          | PROFESIONAL UNIVERSITARIO                                                           |  | DEPENDENCIA |                       |  |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |  |             |                       |  |
| FIRMA (S):      |                                                                                     |  | FECHA       | DD MM AAAA            |  |
| CARGO:          |                                                                                     |  | DEPENDENCIA |                       |  |

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

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

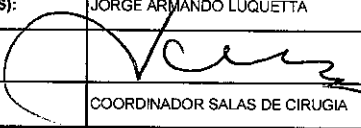
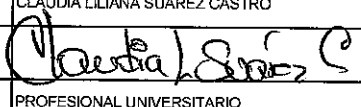
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                   |                                         |    |                                   |                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                | SOPORTE CIRCULAR CABEZA PEDIÁTRICA      |    | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ALMOHADILLA PARA CABEZA ADULTO DONA CON DEPRESION CENTRAL 14 OD X 5.7 ID X 3.2 CM |    |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                      | SOLUCIONES Y SUMINISTROS MEDICOS S.A.S. |    | 4. MARCA O REFERENCIA             | ACTION                                                                            |    |
| 5. ESPECIFICACIONES: ALMOHADILLA PARA CABEZA PARA LOGRAR APOYO DEL PACIENTE, MATERIAL EN POLIMERO DE 12 CM X 4 CM |                                         |    |                                   |                                                                                   |    |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                                          | NO REQUIERE                             |    | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                                                                                | MM |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                                               | UNIDAD                                  |    | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | NINGUNO                                                                           |    |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                                               | SI                                      | NO | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI                                                                                | NO |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :                                                        |                                         |    |                                   |                                                                                   |    |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|----|----|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI                                                                                                                         | NO | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI | NO |
| 15. LA MARCA DE ESTE ELEMENTO ES INDISPENSABLE PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO U OBTENER EL EFECTO O SERVICIO DESEADO ? |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| NO                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | LO IMPORTANTE ES QUE CUMPLA CON EL REQUERIMIENTO.                                                                          |    |                                  |    |    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| NO                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |    |                                  |    |    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| NO                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |    |                                  |    |    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |  |             |    |    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|----|----|
| 18. NOMBRE (S): | JORGE ARMANDO LUQUETTA                                                              |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DD | MM |
| CARGO:          | COORDINADOR SALAS DE CIRUGIA                                                        |  | DEPENDENCIA |    |    |
| NOMBRE (S):     | CLAUDIA LILIANA SUAREZ CASTRO                                                       |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DD | MM |
| CARGO:          | PROFESIONAL UNIVERSITARIO                                                           |  | DEPENDENCIA |    |    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |                                                                                     |  | FECHA       | DD | MM |
| CARGO:          |                                                                                     |  | DEPENDENCIA |    |    |

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

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

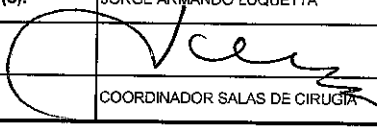
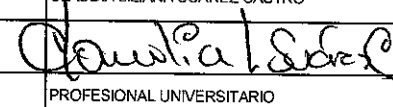
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                         |                                                                        |                                        |  |                                   |                                                                                       |                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                      | SOPORTE CONTORNO DE BRAZO<br>CONCAVO GRANDE 50 CM L X 15 CM A X 6 CM A |                                        |  | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ALMOHADILLA LARGA Y/O CORTA CONTORNEADA PARA APOYA BRAZOS.                            |                             |  |
| 3. PROVEEDOR                                                                            | SOLUCIONES Y SUMINISTROS MEDICOS S.A.S.                                |                                        |  | 4. MARCA O REFERENCIA             | ACTION                                                                                |                             |  |
| 5. ESPECIFICACIONES: ALMOHADILLA LARGA CONTORNEADA PARA APOYA BRAZOS 61 X 14,6 X 5,7 CM |                                                                        |                                        |  |                                   |                                                                                       |                             |  |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                | NO REQUIERE                                                            |                                        |  | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> |                             |  |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                     | UNIDAD                                                                 |                                        |  | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | NINGUNO                                                                               |                             |  |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                     | SI <input type="checkbox"/>                                            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/>                                                           | NO <input type="checkbox"/> |  |
| 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 ?                                                                                                                             | LO IMPORTANTE ES QUE CUMPLA CON EL REQUERIMIENTO.                                                                          |                             |                                  |                             |                                        |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |                             |                                  |                             |                                        |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                                        |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                                        |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |                             |                                  |                             |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                               |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | JORGE ARMANDO LUQUETTA                                                              |             |                                                                                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 05 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA 2017 <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          | COORDINADOR SALAS DE CIRUGIA                                                        | DEPENDENCIA |                                                                                               |
| NOMBRE (S):     | CLAUDIA LILIANA SUAREZ CASTRO                                                       |             |                                                                                               |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD 05 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA 2017 <input type="checkbox"/> |
| CARGO:          | PROFESIONAL UNIVERSITARIO                                                           | DEPENDENCIA |                                                                                               |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                               |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/>         |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                               |

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

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

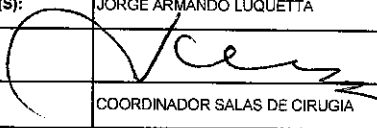
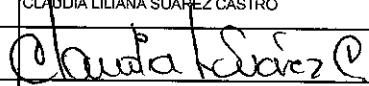
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                 |                                         |                                        |                                   |                             |                             |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                              | SOPORTE ROLLO GRANDE 50CM L X 10 CM     |                                        | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ROLLO DE PECHO ADULTO       |                             |
| 3. PROVEEDOR                                                    | SOLUCIONES Y SUMINISTROS MEDICOS S.A.S. |                                        | 4. MARCA O REFERENCIA             | ACTION                      |                             |
| 5. ESPECIFICACIONES: ROLLO DE PECHO ADULTO 52,1 X 11,1 X 8,6 CM |                                         |                                        |                                   |                             |                             |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                        | NO REQUIERE                             |                                        | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                          | MM AAAA                     |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                             | UNIDAD                                  |                                        | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | NINGUNO                     |                             |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                             | SI <input type="checkbox"/>             | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :      |                                         |                                        |                                   |                             |                             |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                | NO <input type="checkbox"/> | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input 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 ?                                                                                                                             | LO IMPORTANTE ES QUE CUMPLA CON EL REQUERIMIENTO.                                                                          |                             |                                  |                             |                             |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                             |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |                             |                                  |                             |                             |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                                                            |                             |                                  |                             |                             |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |                             |                                  |                             |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |    |    |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|-----------|
| 18. NOMBRE (S): | JORGE ARMANDO LUQUETTA                                                              |             |    |    |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD | MM | AAAA 2017 |
| CARGO:          | COORDINADOR SALAS DE CIRUGIA                                                        | DEPENDENCIA |    |    |           |
| NOMBRE (S):     | CLAUDIA LILIANA SUAREZ CASTRO                                                       |             |    |    |           |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD | MM | AAAA 2017 |
| CARGO:          | PROFESIONAL UNIVERSITARIO                                                           | DEPENDENCIA |    |    |           |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |    |    |           |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DD | MM | AAAA      |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |    |    |           |

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

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

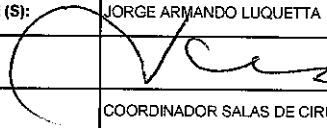
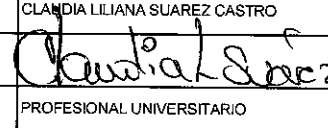
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                      |                                         |    |                                   |                                                   |    |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|-----------------------------------|---------------------------------------------------|----|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                   | SOPORTE ROLLO PEQUEÑO 30 CM L X 10 CM   |    | 2. NOMBRE COMERCIAL               | ROLLO DE PECHO PEDIATRICO 31,8 X 11,1 CM X 8,6 CM |    |
| 3. PROVEEDOR                                                         | SOLUCIONES Y SUMINISTROS MEDICOS S.A.S. |    | 4. MARCA O REFERENCIA             | ACTION                                            |    |
| 5. ESPECIFICACIONES: ROLLO DE PECHO PEQUEÑO 30 CMX 10CM X 2 CM LARGO |                                         |    |                                   |                                                   |    |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                             | NO REQUIERE                             |    | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD                                                | MM |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                  | UNIDAD                                  |    | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | NINGUNO                                           |    |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                  | SI                                      | NO | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI                                                | NO |
| 12. OBSERVACIONES CON RESPECTO A LAS CASILLAS ANTERIORES :           |                                         |    |                                   |                                                   |    |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                                                                                      |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|----|----|
| 13. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                                                                                    | SI                                                                                                                         | NO | 14. SE REQUIERE TRABAJO DE CAMPO | SI | NO |
| 15. LA MARCA DE ESTE ELEMENTO ES INDISPENSABLE PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO U OBTENER EL EFECTO O SERVICIO DESEADO ? |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| NO                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | LO IMPORTANTE ES QUE CUMPLA CON EL REQUERIMIENTO.                                                                          |    |                                  |    |    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| NO                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |    |                                  |    |    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| SI                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| NO                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |                                  |    |    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | YA SE HA UTILIZADO EN SALAS DE CIRUGIA Y TENEMOS EXPERIENCIA FAVORABLE CON EL PRODUCTO POR SU CONTEXTURA, TAMAÑO, MATERIAL |    |                                  |    |    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |  |             |    |    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|----|----|
| 18. NOMBRE (S): | JORGE ARMANDO LUQUETTA                                                              |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DD | MM |
| CARGO:          | COORDINADOR SALAS DE CIRUGIA                                                        |  | DEPENDENCIA |    |    |
| NOMBRE (S):     | CLAUDIA LILIANA SUAREZ CASTRO                                                       |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |  |  | FECHA       | DD | MM |
| CARGO:          | PROFESIONAL UNIVERSITARIO                                                           |  | DEPENDENCIA |    |    |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |  |             |    |    |
| FIRMA (S):      |                                                                                     |  | FECHA       | DD | MM |
| 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.