

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

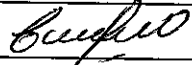
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                   |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CARRO PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS                            | 2. NOMBRE COMERCIAL               | CARRO DE DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS UNIKO FLY                           |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                            | IMPORTADORA DE ARTICULOS ESPECIALES SAS (IMCARE)                   | 4. MARCA O REFERENCIA             | MALVESTIO                                                                 |
| 5. ESPECIFICACIONES: Carro de dispensacion de medicamentos CON CAPACIDAD DE 30 cajetines (cantidad : 4) , carro de transporte y dispensacion de medicamentos con capacidad para 30 cajetines y capacidad suficiente para liquidos de gran volumen para los 30 pacientes, facil limpieza y desinfeccion. |                                                                    |                                   |                                                                           |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | N/A                                                                       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 checked="" 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 ?                                                                                                                             | NO ES INDISPENSABLE LA MARCA                                        |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                     |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                     | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS REQUERIDAS                 |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                     |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                     | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES REQUERIDAS EN LA CONVICTORIA No.061 |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | CAROLINA ARISTIZABAL NIÑO                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DI <input type="text"/> 27 MM <input type="text"/> 2 AAAA <input type="text"/> 2019 |
| CARGO:          | COORDINADORA SERVICIO FARMACEUTICO                                                  | DEPENDENCIA | SERVICIO FARMACEUTICO                                                               |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DI <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>           |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DI <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>           |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |

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

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

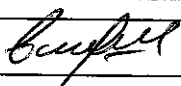
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                                     | CARRO PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS                            | 2. NOMBRE COMERCIAL               | CARRO DE MEDICAMENTOS                                                     |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                           | INCLISER LTDA                                                      | 4. MARCA O REFERENCIA             | FRANCEHOPITAL                                                             |
| 5. ESPECIFICACIONES: Carro de dispensacion de medicamentos 30 cajetines (cantidad : 4) , carro de transporte y dispensacion de medicamentos con capacidad para 30 cajetines y capacidad suficiente para liquidos de gran volumen para los 30 pacientes, facil limpieza y desinfeccion. |                                                                    |                                   |                                                                           |
| 6. REGISTRO SANITARIO N°                                                                                                                                                                                                                                                               | N/A                                                                | 7. FECHA DE VIGENCIA DEL REGISTRO | DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> |
| 8. UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                                                                                                                                                    | UNIDAD                                                             | 9. PRESENTACIÓN EMPAQUE           | N/A                                                                       |
| 10. ADJUNTA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 11. MUESTRA DEVOLUTIVA            | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 checked="" 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 ?                                                                                                                             | NO ES INDISPENSABLE LA MARCA                                         |                                        |                                                                    |
| 16. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                                                                          |                                                                      |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                      | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS REQUERIDAS                  |                                        |                                                                    |
| 17. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                                                                      |                                                                      |                                        |                                                                    |
| SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                               |                                                                      | NO <input type="checkbox"/>            |                                                                    |
| PORQUE ?                                                                                                                             | CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES REQUERIDAS EN LA CONVOCATORIA No.061 |                                        |                                                                    |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | CAROLINA ARISTIZABAL NIÑO                                                           |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DI <input type="text"/> 27 MM <input type="text"/> 2 AAAA <input type="text"/> 2019 |
| CARGO:          | COORDINADORA SERVICIO FARMACEUTICO                                                  | DEPENDENCIA | SERVICIO FARMACEUTICO                                                               |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DI <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>           |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |
|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | DI <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>           |
| CARGO:          |                                                                                     | DEPENDENCIA |                                                                                     |

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