

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

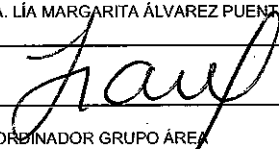
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                           |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                        | MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN. |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                              | BIOSIMTEC S.A.S.                                    |
| 4. ESPECIFICACIONES: INVITACIÓN A COTIZAR No. 0377- 2019 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA EQUIPOS DE ENDOSCOPIA VARIAS MARCAS. |                                                     |
| "REEVALUACIÓN"                                                                                                                                                            |                                                     |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                           |                                                                                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                      | NO <input type="checkbox"/> |
| <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |                                                                                             |                             |
| PORQUE ?                                                                  | REPRESENTANTE Y DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO DE LA MARCA EN COLOMBIA.                             |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                      | NO <input type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                  | CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DE LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS               |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                      | NO <input type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                  | CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS DE CONDICIONES. |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | DRA. LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE                                                   |             |                                   |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D 29 MM 5 AAAA 2019               |
| CARGO:          | COORDINADOR GRUPO ÁREA                                                              | DEPENDENCIA | GRUPO GESTIÓN BIOMÉDICA Y ALMACÉN |

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.