

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

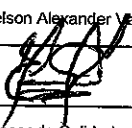
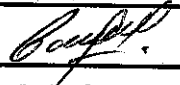
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>Evaluar la implementación de las guías de proceso establecidas en la Resolución 1403 de 2007, resolución 0444 de 2008 y resolución 1160 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social para el servicio farmacéutico y evaluar la adopción de las BPE.</u> |
| 3. PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <u>PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN SAS</u>                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>4. ESPECIFICACIONES: garantizar la entrega de los productos según los requerimientos del Instituto, de tal forma que se cumpla con las condiciones técnicas del servicio acorde con la normatividad legal vigente, el cual será avalado por el SUPERVISOR del contrato, y formará parte integral del mismo. Se llevarán a cabo los siguientes procesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuación de medicamentos sin restricciones especiales en las áreas de manufactura estériles</li> <li>2. Adecuación de medicamentos antibióticos estériles.</li> <li>3. Adecuación de medicamentos citostáticos e inmunomoduladores estériles</li> <li>4. Adecuación de medicamentos no estériles.</li> <li>5. Adecuación de fórmulas magistrales.</li> </ol> |                                                                                                                                                                                                                                                                    |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| PORQUE ?                                                                      | <u>Se dispone en el mercado de proveedores en servicios y productos en temas relacionados con el objeto contractual</u>                                                                                                                                                                                                   |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| PORQUE ?                                                                      | <u>El proponente cumple los criterios establecidos por el INC para el objeto contractual como son: Experiencia, Trayectoria, Competencia y adicionalmente la propuesta se ajusta a las condiciones y tiempos previstos para el desarrollo de las actividades.</u>                                                         |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| PORQUE ?                                                                      | <u>La oferta técnica da cumplimiento a las necesidades de evaluar la implementación de las guías de proceso establecidas en la Resolución 1403 de 2007, resolución 0444 de 2008 y resolución 1160 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social para el servicio farmacéutico y evaluar la adopción de las BPE.</u> |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                                             |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | Nelson Alexander Vargas Rodriguez                                                   |             |                                                                                                             |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD <input type="text" value="14"/> MM <input type="text" value="3"/> AAAA <input type="text" value="2018"/> |
| CARGO:          | Asesor de Calidad                                                                   | DEPENDENCIA | Grupo Dirección General                                                                                     |
| NOMBRE (S):     | Carolina Aristizabal Niño                                                           |             |                                                                                                             |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | DD <input type="text" value="14"/> MM <input type="text" value="3"/> AAAA <input type="text" value="2018"/> |
| CARGO:          | Coordinadora Servicios Farmacéuticos                                                | DEPENDENCIA | Servicios Farmacéuticos                                                                                     |
| NOMBRE (S):     |                                                                                     |             |                                                                                                             |
| FIRMA (S):      |                                                                                     | FECHA       | D <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.