

	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>PRUEBAS CONFIRMATORIAS Y DE CONTROL DE CALIDAD</u>
3. PROVEEDOR	<u>COLCAN</u>
4. ESPECIFICACIONES: SE REQUIERE LA REALIZACIÓN DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS: Inmunoblot para HIV. Core IgM. Neutralización o NAT para Hepatitis B.	
Inmunoblot para Chagas. Elisa para Chagas. Inmunoblot para HTLV. TPHA o RPR para Sífilis. PCR o NAT para HVC. Factor VIII. Fibrinógeno. Cultivos gérmenes comunes.	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO ☐
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	<u>Porque otros laboratorios ofrecen el servicio.</u>	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	<u>De acuerdo a las fichas presentadas cumplen con los requerimientos.</u>	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	<u>De acuerdo a las fichas presentadas cumplen con los requerimientos.</u>	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	ANA KATINA KINGROSS RODRIGUEZ		
FIRMA (S):		FECHA	DD 26 MM 3 AAAA 18
CARGO:	COORDINADOR BANCO DE SANGRE	DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D 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-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	PRUEBAS CONFIRMATORIAS Y DE CONTROL DE CALIDAD
3. PROVEEDOR	QUIMIOLAB
4. ESPECIFICACIONES: SE REQUIERE LA REALIZACIÓN DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS: Inmunoblot para HIV. Core IgM. Neutralización o NAT para Hepatitis B.	
Inmunoblot para Chagas. Elisa para Chagas. Inmunoblot para HTLV. TPHA o RPR para Sífilis. PCR o NAT para HVC. Factor VIII. Fibrinógeno. Cultivos germenes comunes.	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☐	NO ☒
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	Porque otros laboratorios ofrecen el servicio.	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	De acuerdo a las fichas presentadas ofrecen solo tres pruebas de las solicitadas y no ofrecen el servicio de procesamiento.	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	De acuerdo a las fichas presentadas ofrecen solo tres pruebas de las solicitadas y no ofrecen el servicio de procesamiento.	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	ANA KATINA KINGROSS RODRIGUEZ		
FIRMA (S):		FECHA	DD 26 MM 3 AAAA 18
CARGO:	COORDINADOR BANCO DE SANGRE	DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D ☐ MM ☐ AAAA ☐
CARGO:		DEPENDENCIA	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA	D ☐ 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.