

|                                                                                   |                                         |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE  | CÓDIGO:       | GDG-P02-F-09 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL GASTO                       | VERSIÓN:      | 02           |
|                                                                                   | MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS | VIGENCIA:     | 30-05-2014   |
|                                                                                   |                                         | Página 1 de 1 |              |

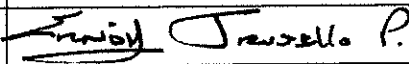
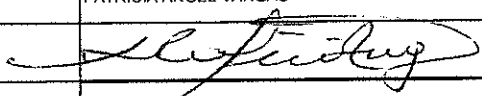
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                          |                                            |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                       | ITEM 2 CONJUNTO TIPO POLO DAMA ANTIFLUIDOS |
| 3. PROVEEDOR                                             | DEBLANCO SAS                               |
| 4. ESPECIFICACIONES: CONJUNTO TIPO POLO DAMA ANTIFLUIDOS |                                            |
| ADJUNTA MUESTRA LA CUAL ES OBJETO DE EVALUACIÓN          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |
|                                                          |                                            |

#### 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 / PRODUCTO? |                                                                                   |                             |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                       |                                                                                   |                             |
| PORQUE ?                                                                                 | EXISTEN VARIAS MARCAS EN EL MERCADO. ES DECIR CUALQUIER PROVEEDOR PUEDE OFERTARLO |                             |
| 7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                               |                                                                                   |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                       |                                                                                   |                             |
| PORQUE ?                                                                                 | SU CALIDAD, DISEÑO Y TELA SON LOS REQUERIDOS                                      |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                           |                                                                                   |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                       |                                                                                   |                             |
| PORQUE ?                                                                                 | SU CALIDAD, DISEÑO Y TELA SON LOS REQUERIDOS.                                     |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                 |                                                                                     |             |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. NOMBRE (S): | ERNOFAL TRUJILLO PACHECO                                                            |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 20 MM <input type="text"/> 11 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | COORDINADOR (E) GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO                  | DEPENDENCIA | GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO                                  |
| NOMBRE (S):     | PATRICIA ANGEL VARGAS                                                               |             |                                                                                     |
| FIRMA (S):      |  | FECHA       | D <input type="text"/> 20 MM <input type="text"/> 11 AAAA <input type="text"/> 2015 |
| CARGO:          | TECNICO ADMINISTRATIVO                                                              | DEPENDENCIA | GRUPO PLANIFICACION, REMUNERACION Y REGISTRO DEL TALENTO HUMANO                     |
| 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.