

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

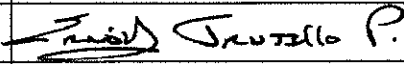
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                  |                                                    |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                               | ÍTEM 7 CONJUNTO AUXILIARES DE ENFERMERIA CABALLERO |
| 3. PROVEEDOR                                                     | DEBLANCO                                           |
| 4. ESPECIFICACIONES: CONJUNTO AUXILIARES DE ENFERMERIA CABALLERO |                                                    |
| 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 ?                                                                                 | CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA LA LABOR                                  |                             |
| 8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                           |                                                                                   |                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                       |                                                                                   |                             |
| PORQUE ?                                                                                 | CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA LA LABOR                                  |                             |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

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

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.