

	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			

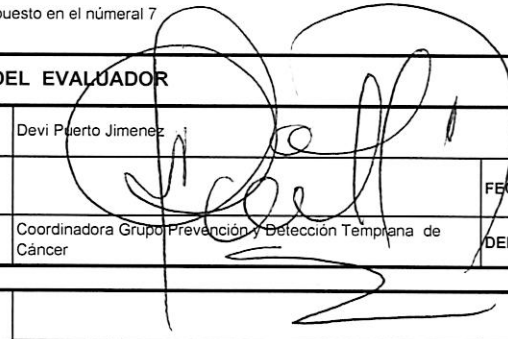
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	ASOCIACIÓN DE EXALUMNOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
3. PROVEEDOR	ASOCIACIÓN DE EXALUMNOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
4. ESPECIFICACIONES: Realización de brigadas para la implementación de Técnica Inspección Visual VIA VILI a mujeres entre 30 y 50 años residentes en departamento priorizados a nivel nacional, y área rural de Bogotá D.C. y la toma, almacenamiento y conservación de biopsias de cuello uterino de aquellas pacientes que hayan sido positivas a la tamización cumplan con los criterios de inclusión y que haya decidido participar voluntariamente en el proyecto; adelantar el diligenciamiento de los formatos de aquellas pacientes que hayan decidido participar en el proyecto de investigación "Evaluación de la efectividad del tratamiento a mujeres con lesiones pre neoplásicas del cuello uterino en el marco del programa Estrategia Ver y Tratar en Colombia", teniendo presente los criterios de selección de la muestra según el protocolo en su versión actual aprobada. Para la tamización de las pacientes y para la toma de las biopsias dichas brigadas, se debe garantizar que se cuenta con personal capacitado, certificado y con experiencia.	

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 ?		
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	Si cumple con todos los requisitos	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	Por lo expuesto en el numeral 7	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	Devi Puerto Jimenez		
FIRMA (S):			
CARGO:	Coordinadora Grupo Prevención y Detección Temprana de Cáncer	FECHA:	16 MM 03 AAAA 2018
		DEPENDENCIA:	Grupo Prevención y Detección Temprana de Cáncer
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.