

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

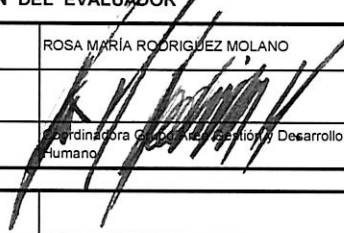
#### A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

|                                                                                                                                                                        |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. NOMBRE GENÉRICO                                                                                                                                                     |                                               |
| 2. PROVEEDOR                                                                                                                                                           | <u>ORDEN DE LOS MINISTROS DE LOS ENFERMOS</u> |
| 3. ESPECIFICACIONES: Celebrar la santa misa y Acompañar y apoyar con orientación espiritual a pacientes, familiares y funcionarios del Instituto que acuden a su apoyo |                                               |
|                                                                                                                                                                        |                                               |
|                                                                                                                                                                        |                                               |
|                                                                                                                                                                        |                                               |
|                                                                                                                                                                        |                                               |

#### B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

|                                                                               |                                                                                                                 |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 4. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | NO <input type="checkbox"/>            |
| 5. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? | SI <input type="checkbox"/>                                                                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                 |                                        |
| 6. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | NO <input type="checkbox"/>            |
| PORQUE ?                                                                      |                                                                                                                 |                                        |
| 7. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | NO <input type="checkbox"/>            |
| PORQUE ?                                                                      | Cumple con los requisitos de acuerdo a la convocatoria y a la segunda Re-evaluación presentada por el oferente. |                                        |

#### C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

|                |                                                                                     |              |                                                                                        |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. NOMBRE (S): | ROSA MARÍA RODRÍGUEZ MOLANO                                                         |              |                                                                                        |
| FIRMA (S):     |  | FECHA:       | 25 / 6 / 2018                                                                          |
| CARGO:         | Coordinadora General de Gestión y Desarrollo del Talento Humano                     | DEPENDENCIA: | Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano                                     |
| NOMBRE (S):    |                                                                                     |              |                                                                                        |
| FIRMA (S):     |                                                                                     | FECHA:       | <input type="checkbox"/> DD / <input type="checkbox"/> / AAAA <input type="checkbox"/> |
| CARGO:         |                                                                                     | DEPENDENCIA: |                                                                                        |
| NOMBRE (S):    |                                                                                     |              |                                                                                        |
| FIRMA (S):     |                                                                                     | FECHA:       | <input type="checkbox"/> DD / <input type="checkbox"/> / AAAA <input type="checkbox"/> |
| 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.

R/ Gallardo S.  
26-06-2018  
10:09