MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

No. GS-2021 - 0 6 6 3 5 9 / UPRES- JEFAD -29.25

Ibagué, 28 de Junio del 2021

Intendente Jefe
LORCY LONDOÑO SANCHEZ
Jefe Grupo de Contratos (E)
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No. 2

ASUNTO: Verificación Ofertas Proceso PN RASES CD 036 2021

De manera atenta me permito enviar a mi Intendente Jefe, la verificación económica de las ofertas presentadas dentro del proceso PN RASES CD 036 2021 que tiene por objeto es "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD HOPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASI COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDO 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2":

HOSPITAL SAN ISIDRO E.S.E MUNICIPIO ALPUJARRA Nit: 800.025.221-1

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $ 6.900.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTINEZ E.S.E. MUNICIPIO ARMERO GUAYABAL Nit: 800.125.697-2

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $ 41.400.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN E.S.E. MUNICIPIO CARMEN DE APICALA Nit: 890.702.241-0

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $ 11.040.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E. MUNICIPIO COYAIMA Nit: 890.704.495-3

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O	CUMPLE

	UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $16.560.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E MUNICIPIO CUNDAY Nit: 890.702.080-1

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $11.040.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. MUNICIPIO DOLORES Nit: 890.700.568-4

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE

1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $ 6.900.000,00.	NO CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL SAGRADO CORAZON E.S.E. MUNICIPIO NORCASIA Nit: 810.000.912-0

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $11.040.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL SAN SEBASTIAN E.S.E. MUNICIPIO PIEDRAS Nit: 809.005.249-4

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $9.660.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL CENTRO E.S.E. MUNICIPIO PLANADAS Nit: 890.704.555-7

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	NO CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $17.250.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. MUNICIPIO RONCESVALLES Nit: 890.701.435-8

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $11.040.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. MUNICIPIO SAMANA Nit: 890.802.961-4

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE

1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $16.560.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO E.S.E. MUNICIPIO SANTA ISABEL Nit: 890.701.543-5

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	NO CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	NO CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $9.660.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E. MUNICIPIO SUAREZ Nit: 809.005.452-3

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $11.040.000,00.	CUMPLE

1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. MUNICIPIO VALLE DE SAN JUAN Nit: 809.000.383-0

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $10.350.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SANTA BARBARA E.S.E. MUNICIPIO VENADILLO Nit: 890.701.010-1

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $27.600.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
1.3.1	EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA PERSONA NATURAL, JURÍDICA Y/O UNIÓN TEMPORAL QUE CORRESPONDA (dicha certificación con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días.	NO CUMPLE
1.3.2	EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMULARIO N°2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (dicho formulario se verificará bajo el criterio de cumple o no cumple el cual se encuentra en documentos del proceso).	CUMPLE
1.4.1.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $11.040.000,00.	CUMPLE
1.4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE

Atentamente,

Patrullero EDNA ROCIO VASCO RODRIGUEZ
Integrante Comité Evaluador

Elaborado Por: PT Edna Rocio Vasco Rodríguez
Fecha de Elaboración: 25/06/2021
Ubicación: D/Contabilidad 2021/Junio/Evaluación Económica

Carrera 4 No. 14 – 52 Barrio Centro
Teléfono: 2739811
Delol.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co