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 - 078143 / UPRES- JEFAD -29.25

Ibagué, 30 de Julio del 2021

Intendente
MONICA VIVIANA TORRES GONZALEZ
Jefe Grupo de Contratos RASES 2 (E)
Carrera 22 sur N 26A-21 B/Fronteras del Milenio
Neiva

ASUNTO: Verificación Ofertas Proceso PN RASES CD 045 2021

De manera atenta me permito enviar a mi Intendente Jefe, la verificación del punto 3 Requisitos del Orden Económico y punto 4 Oferta Económica, de las ofertas presentadas dentro del proceso PN RASES CD 045 2021 que tiene por objeto es "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2."

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E DEL MUNICIPIO DE ANZOATEGUI Nit: 800.163.519-1

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
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
4.1.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOURDES E.S.E. DE ATACO Nit: 890.703.266-9

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
4.2.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $ 13.800.000,00.	CUMPLE
4.2.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I E.S.E DE FALAN Nit: 800.193.490 -5

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
4.3.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $17.940.000,00.	CUMPLE
4.3.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	NO CUMPLE No oferto la totalidad de ítems requeridos.

HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E. DE HERVEO Nit: 890.700.907-8

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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

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
4.4.1	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
4.4.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E. DE NATAGAIMA Nit: 800.182.136-5

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
4.5.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $14.490.000,00.	CUMPLE
4.5.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E DE ORTEGA Nit: 890.700.967-1

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
4.6.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $13.800.000,00.	CUMPLE
4.6.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL RICARDO ACOSTA NIVEL I E.S.E DE PALOCABILDO Nit: 809.004.280-9

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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 Allegar certificación bancaria vigente
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
4.7.1	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
4.7.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. DE PRADO Nit: 890.701.490-3

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
4.8.1	OFERTE AQUÍ EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2, ES DECIR $13.800.000,00.	CUMPLE
4.8.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E DE RIOBLANCO Nit: 890.700.694-4

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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

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 Corregir número de cuenta bancaria
4.9.1	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
4.9.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

HOSPITAL ISMAEL PERDOMO E.S.E DE VILLAHERMOSA Nit: 890.704.505-9

La entidad NO presento oferta.

HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E DE VILLARRICA Nit: 890.702.476-4

ITEM	DESCRIPCION	VERIFICACION ECONOMICA
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
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
4.11.1	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
4.11.2	EL OFERENTE DEBE PRESENTAR DILIGENCIADO Y FIRMADO EL FORMULARIO OFERTA ECONOMICA.	CUMPLE

Atentamente,

Patrullero **EDNA ROCIO VASCO RODRIGUEZ**
Integrante Comité Evaluador

Elaborado Por: PT Edna Rocio Vasco Rodriguez
Fecha de Elaboración: 30/07/2021
Ubicación: D/Contabilidad 2021/Julio/Evaluación Económica

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