	FORMULARIO 5	CÓDIGO:
	CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL	FECHA: 25/03/2021
		VERSIÒN: 1

Oferente: _____ **SUMINISTROS HOSPITALARIOS SAS**

Fecha de corte de los Estados Financieros (dd-mm-aa) **31/12/2021**

Resumen de cuentas de balance general y estado de resultados

Cuenta	OFERENTE INDIVIDUAL	OFERENTE PLURAL			
	oferente	Participante No.1	Participante No.2	Participante No.3	Participante No.4
	Valor en pesos colombianos	Valor en pesos colombianos	Valor en pesos colombianos	Valor en pesos colombianos	Valor en pesos colombianos
Activo Corriente	1.130.971.507,00				
Activo Total	1.970.965.626,00				
Pasivo Corriente	268.147.928,00				
Pasivo Total	468.147.928,00				
Utilidad Operacional	383.948.680,00				
Gastos de intereses	-				

CAPACIDAD FINANCIERA

Porcentaje de participación	OFERENTE INDIVIDUAL	OFERENTE PLURAL			
	100%	Participante No.1	Participante No.2	Participante No.3	Participante No.4
		% de participación	% de participación	% de participación	% de participación
		%	%	%	%
Indicador	Indice del oferente	Indice Participante No.1	Indice Participante No.2	Indice Participante No.3	Indice Participante No.4
Ind.Liquidez activo cte/pasivo cte	4,21				
Ind.Endeudamiento pasivo total/activo total	0,23				
Razón cobertura de Intereses utilidad operacional/gastos de intereses	-				
Capita de trabajo Activo Cte – Pasivo Cte	862.823.579,00				

CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

Porcentaje de participación	OFERENTE INDIVIDUAL	OFERENTE PLURAL			
	100%	Participante No.1	Participante No.2	Participante No.3	Participante No.4
		% de participación	% de participación	% de participación	% de participación
		%	%	%	%
Indicador	Indice del oferente	Indice Participante No.1	Indice Participante No.2	Indice Participante No.3	Indice Participante No.4
Rentabilidad sobre activos utilidad operacional/activo total	0,19				
Rentabilidad sobre el patrimonio utilidad operacional/patrimonio	0,25				

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y la responsabilidad institucional de las personas juridicas que representamos que la información consignada en el presente formulario es cierta

Firma Representante Legal del Oferente
Nombre: FLORIZA DEL CAMEN LOPEZ PEÑA
Documento de identidad: 51.596.425

Firma Revisor Fiscal
Nombre: _____
Doc.de identidad: _____
Tarjeta Profesional: _____

Firma Contador
Nombre: MARIA OLGA LOPEZ P
Doc.de identidad: _ 41.622.176
Tarjeta Profesional: 13609-T

Nota: Si se trata de proponentes plurales, el revisor fiscal o contador de cada uno de los miembros del proponente plural debe firmar e incluir sus datos en el presente formato