MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

No.- GS-2024-016482 **/REGI 4 – GRUFI – 29.25**

Santiago de Cali, 30 de octubre de 2024

Señor Capitán
GUSTAVO ANDRÉS NARVÁEZ ARTEAGA
Jefe de Contratos RASES 4
Cali - Valle

Asunto: Evaluación económica proceso PN RASES4 MIC 194/2024

Respetuosamente me dirijo a mi capitán con el fin de remitir la evaluación económica del proceso de mínima cuantía **PN RASES 4 MIC 194/2024** el cual tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCION Y DETECCION DE CANCER DE SENO Y DE CUELLO UTERINO (INCLUYEN, TAMIZAJES, MAMOGRAFIA, CITOLOGIA Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA"** para lo cual me permito hacer las siguientes precisiones:

Se realizó la evaluación económica, a la oferta presentada por la firma que más adelante se relaciona quien está interesada en llevar a cabo el objeto de la presente.

VALOR PRESUPUESTO OFICIAL: CUARENTA Y TRES MILLONES DE PESOS ($43.000.000,00), discriminados así:

PRESUPUESTO 2024: $43.000.000,00

- **PROPONENTES:**

- **UNION TEMPORAL LABORATORIO VALLE DEL CAUCA**

- **OFERTA ECONOMICA**

ITEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACION PRESUPUESTAL	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO ESTIMADO, CON IVA, EXENTO DE	VALOR TOTAL ESTIMADO CON IVA, EXENTO DE IVA O EXCEPTUADO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO
1	Contratacion servicios de salud	RASES No. 4	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCION Y DETECCION DE CANCER DE SENO Y DE CUELLO UTERINO (INCLUYEN, TAMIZAJES, MAMOGRAFIA, CITOLOGIA Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.	Vigencia 2.024 $ 18.000.000 Vigencia 2.025 $ 25.000.000	$43.000.000	5 %
				VALOR TOTAL	$43.000.000	

- Sostenibilidad de precios: presenta formulario No. 5 debidamente diligenciado y firmado, cumpliendo con este requerimiento.

- **Certificación Bancaria**

Banco de Occidente

NIT 890.300.279-4

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que la empresa **LAB. CLINICO ESP. NEHEMY CRUZ GOMEZ** identificada con el numero de documento **9002494656** es cliente del BANCO DE OCCIDENTE desde el dia 27 de enero del 2009 con la Cuenta Corriente 016-095366 la cual se encuentra Activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentacion de la empresa **LAB. CLINICO ESP. NEHEMY CRUZ GOMEZ** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificacion hoy **2 de septiembre de 2024**

Gerardo Jose Silva Castro
Vicepresidencia de Empresas

- **Datos Básicos Beneficiario Cuenta**

UNION TEMPORAL VALLELAB

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Santiago de Cali **FECHA** 25 de octubre de 2024

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA __x__ **CANCELACIÓN**_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario UNION TEMPORAL VALLELAB. **NIT** XXX.XXX.XXX-X
Dirección AV 5 A NORTE 17 N 98 LC 101 **Teléfono** 6613023 **Fax** 6679293

Departamento Valle del Cauca **Ciudad** Santiago de Cali **Municipio** Santiago de Cali

Denominación de la cuenta **Corriente** ___X___
Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. **Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.**

CORREO ELECTRÓNICO: comercial@nohemylab.com **SI** (_X__)

TELÉFONO: 3174281418 **SI** (_X__)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera Banco de Occidente **Código** _____

Sucursal _____**Código**_____**Ciudad**_____

Dirección _____**Teléfono**_____ **Fax**_____

Número de la cuenta 016-095366
(Adjuntar certificación bancaria)

Concepto: En virtud de lo anterior y conforme a los requisitos establecidos en la invitación, el oferente **UNION TEMPORAL LABORATORIO VALLE DEL CAUCA** CUMPLE con lo requerido en la evaluación económica y financiera para el proceso que motiva la presente, toda vez que es la única entidad que se presentó al proceso y se establece como único porcentaje de descuento ofertado para este el mismo.

Atentamente,



Intendente **LIZETH DAHIAN LEON GUTIERREZ**
Evaluador economico RASES No. 4

Fecha de elaboración: 17/05/2024
Ubicación del Documento: /Mis documentos/Oficios Rases No 4

Avenida 10N No.16N-21 Cali
Teléfonos 6530306
deval.rases@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PUBLICA