MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS

No. GS - 2025 - 055398 - DECAL / UPRES 3.1

Manizales, 09 mayo de 2025

Señora subintendente
YULIET LISETH MARIN VARGAS
Jefe Grupo de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 (E)
Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Pereira - Risaralda

Asunto: Evaluación Económica Proceso **PN RASES N°3 CD 027 2025**

De manera atenta remito a la señora mando del nivel ejecutivo, la verificación económica de la oferta presentada por los proponentes que más adelante se relacionan, dentro del proceso de contratación **PN RASES N°3 CD 007 2025** que tiene como objeto el **"*LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE RISARALDA CALDAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3*". CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($5.925.000,00)** para la vigencia 2025.

Dicho presupuesto se encuentra amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 35525 de fecha 29/04/2025 QUIPU Nro. 170 del 29/04/2025** para la vigencia 2025.

A razón de que la modalidad es contratación directa, a través de un contrato interadministrativo con otra entidad pública, con la cual ya se ha tenido antecedentes contractuales y ha demostrado la idoneidad y capacidad para obligarse, con base en el Artículo 2.2.1.2.1.4.4. del decreto 1082 de 2015, la evaluación económica se hará de acuerdo con las tarifas que se pacten entre las dos entidades y que serán plasmadas en la oferta económica.

Para el proceso **PN RASES N°3 CD 027 2025** se presentó un (01) oferente, según como se describe más adelante y de acuerdo con lo evidenciado en el portal único de contratación SECOP II www.colombiacompra.gov.co/secop-ii.

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	NIT
1	RISARALDA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA E.S.E.	890801235-0

De acuerdo a lo anterior, se procede a realizar la verificación económica de la propuesta presentada por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA E.S.E dentro del proceso de **PN RASES N°3 CD 027 2025,** donde se destaca que el costo establecido en la invitación corresponde a la tarifa SOAT UVB 2025, tarifas aceptas por el oferente en cuanto a los servicios y suministro de medicamentos, además del valor de los traslados plasmados en el anexo No.3 de la Información Económica establecida en el pliego.

3.6	MUNICIPIO DE RISARALDA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal						
							Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
							5.925.000,00	5.925.000,00
	Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
	1	85121700	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL RISARALDA CALDAS	1,00	UN	5.925.000,00	5.925.000,00	5.925.000,00	5.925.000,00

EVALUACIÓN ECONÓMICA

CERTIFICACIÓN BANCARIA

TITULAR DE LA CUENTA	ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NRO. PRODUCTO	FECHA EXPEDICIÓN	CONCEPTO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA E.S.E.	DAVIVIENDA S.A	CORRIENTE	000077032647	07/05/2025	**CUMPLE**

IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.

El oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; tramitado e **impreso o generado durante la presente vigencia 2025**. Lo anterior conforme al artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto y la Resolución 139 de 2012 modificada por la Resolución 154 de 2012 expedida por la U.A.E DIAN	**CUMPLE**

El oferente deberá diligenciar y anexar con la oferta los siguientes formularios de orden económico:

DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA.

El oferente anexó a su propuesta formulario Nº 2	**CUMPLE**

FORMATO ACEPTACIÓN DE TARIFAS.

El oferente anexó a su propuesta formulario Nº 3	**CUMPLE**

FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS.

El oferente anexó a su propuesta formulario Nº 6	**CUMPLE**

CONSIDERACIONES FINALES:

De acuerdo a la información que antecede, el oferente **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA E.S.E.** NIT **890801235-0** y representado por **Maritza Osorio Vélez** identificada con cédula número **25081282**, **CUMPLE** con los requisitos de orden económico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 027 2025**.

Atentamente,



Intendente Jefe **WILFRAN ISLEN ARIAS ZULUAGA**
Evaluador económico

Fecha de elaboración: 09/05/2025
Ubicación: D:\DOCUMENTOS2025\COMITERASES3

Carrera 17 calle 67 esquina
Teléfono(s): 3128963631
decal.upres-cue@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA