DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14843859501

(415)7707212489984(8020) 000001484385950 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 1 6 1 0 7	1	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CLINICA BASILIA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CL 5 E 42 A 53

42. Correo electrónico contador@clinicabasilia.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 1 3 1 9 2 3	3 2 1 7 7 8 5 5 1 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 0 0 0 2 2 4							1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 1 6 1 0 7	1	Impuestos de Cali 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	1 6 9	0 0 3 2 0 1 9
73. Fecha	2 0 0 0 0 1 2 4	2 0 1 9 0 5 1 4
74. Número de notaría	1 3	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 2 2 4	2 0 1 9 0 5 2 0
77. No. Matrícula mercantil	5 2 9 1 4 6 - 4	5 2 9 1 4 6 - 1 6
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	8

Vigencia

80. Desde	2 0 0 0 0 2 2 4
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2	2 1	2 0 1 8 1 2 1 2		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 1 6 1 0 7	1	Impuestos de Cali	5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 9 0 7 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 6 6 0 9 0 1 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CONDE	RAMIREZ	SEVERO	ALBERTO DELFIN

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 9 0 7 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	2 9 3 0 5 3 9 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LABRADA	BONILLA	LILIANA	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 1 6 1 0 7	1	Impuestos de Cali 5	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 4 3 6 4 8 7 5		7 8 5 4 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GALVEZ	GALVEZ	CARLOS	HERNANDO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 0 9 0 3 3 0

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 4 3 6 8 5 0 0		8 1 2 3 7 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
CORTES	TIGREROS	JHON	JAROL

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 0 9 0 3 3 0

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 5 0 1 6 1 0 7	1	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento: CLINICA BASILIA S.A.S.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 5 E 42 A 53

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
5 2 9 1 4 7 2	2 0 0 0 0 2 2 4
168. Teléfono: 5 1 3 1 9 2 3	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Martes, 03 de marzo de 2026

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLINICA BASILIA SAS identificado(a) con NIT 805016107, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	37843968889	2008/08/25	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el Exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES

FUERZA AÉREA COLOMBIANA
ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS

CIUDAD: Cali FECHA 20 DE MARZO DEL 2026

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

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
CONSORCIO O UNION TEMPORAL **Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.** Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	**Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.**

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

Tipo documento de Identificación:			
Cédula de Ciudadanía:		No.	
Cédula de Extranjería:		No.	
Nit Persona Jurídica:	X	No.805.016.107-1	
Nit Persona Natural:		No.	
Pasaporte:		No.	
Registro Civil:		No.	
Tarjeta de Identidad:		No.	
Otro Tipo Documento:		No.	Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		**Cooperativa**		**Empresa Ind. Y Cial del Estado**	
Sociedad Colectiva		**Empresa Unipersonal**		**Asociaciones Mutualistas**	
Sociedad Comandita por Acciones		**Empresa Comunitaria**		**Fondos de Empleados**	
Sociedad Comandita Simple		**Empresa de Servicio**		**Instituto de Economía Solidaria**	
Sociedad de Economía Mixta		**Entidad Pública**		**Precooperativa**	
Sociedad de Hecho		**Empresa Solidaria de Salud**			
Sociedad Limitada		**Entidad sin Animo de Lucro**			
Sociedad Sucursal Extranjera		**Federación o Confederación**			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)	X	**Cooperativa de trabajo asociado**			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO	X	**ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO**	SI
	PUBLICO			NO X

	MIXTO			NO X
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO		%	
	PRIVADO	100	%	
	TOTAL		%	

IV. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA	X	RETENCION EN LA FUENTE ICA	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	X	GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA	X	NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN	X	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	NO	

V. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL	X	RESIDENCIA	

Dirección	CL 5 E 42 A 53	Teléfono	602 -524 22 02
E-mail	financiero@clinicabasilia.com	Fax	
País	Colombia	Región	
Ciudad	Cali		
Localización	Nacional / Extranjera		
Página Web		Contacto	Liliana Labrada
Designación del contacto	Liliana Labrada	E-mail del contacto	financiero@clinicabasilia.com
Apartado Aéreo			

VI. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas	X	Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
Otros		Tipo doc. Identificación	CEDULA
		No. Doc. Identificación	16.609.011 de Cali

VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Entidad Financiera	BANCOLOMBIA	Número de Cuenta	37843968889
Tipo de la cuenta bancaria	CTE X	Ahorro	

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

SEVERO ALBERTO CONDE RAMIREZ
C.C. N° 16.609.011 de Cali (Valle)
Representante Legal
CLÍNICA BASILIA SAS

NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

Certificado
Bancario

Martes, 03 de marzo de 2026

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLINICA BASILIA SAS identificado(a) con NIT 805016107, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	37843968889	2008/08/25	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el Exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

ANEXO - OFERTA ECONÓMICA

Proceso de Contratación N. 007-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

El suscrito SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de CLÍNICA BASILIA S.A.S., manifiesto que el valor total de la propuesta es por la suma que se relaciona en el presnte documento, Valor que incluye los costos directos e indirectos, bajo las características técnicas establecidas en el ANEXO TÉCNICO, así como todos los impuestos, gravámenes y retenciones a que haya lugar.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS PSICOPATOLÓGICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DEL ESM EMAVI.

OFERTA ECONOMICA

					VALOR DE REFERENCIA	VALOR OFERTADO		
ITEM	**CUPS**	**DENOMINACION**	**CAN**	**U.M**	**VALOR UNITARIO EXCLUIDO IVA**	**VALOR UNITARIO ANTES DE IVA**	**IVA SI APLICA**	**VALOR UNITARIO IVA INCLUIDO**
1	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1	UND	104.049,00			**$ 99.000**
2	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	1	UND	107.550,00			**$ 102.000**
3	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1	UND	98.479,00			**$ 94.000**
4	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	1	UND	107.550,00			**$ 102.000**
5	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	UND	42.460,00			**$ 42.000**
6	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA	1	UND	100.265,00			**$ 95.000**
7	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL DIA	1	UND	199.650,00			**$ 190.000**
8	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	UND	45.000,00			**$ 43.000**
9	890702	CONSULTA DE VALORACIÓN ATENCIÓN INMEDIATA O DE URGENCIAS POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	UND	113.250,00			**$ 108.000**
10	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	1	UND	108.000,00			**$ 103.000**
11	944001	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRÍA	1	UND	106.150,00			**$ 101.000**
12	944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA	1	UND	195.000,00			**$ 185.000**
13	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRÍA	1	UND	106.150,00			**$ 101.000**
14	131M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	1	UND	529.980,00			**$ 503.000**
15	131M02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN MÚLTIPLE.	1	UND	482.240,00			**$ 458.000**
16	135M01	INTERNACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	1	UND	529.100,00			**$ 503.000**
		VALOR TOTAL OFERTADO			**2.974.873,00**			**$ 2.829.000**

Notas aclaratorias para la presentación de la Oferta Económica:

•Teniendo en cuenta que el presente proceso se adjudicará por el valor total del Presupuesto oficial y se ejecutará por monto agotable, el Valor total de la Oferta económica deberá presentarse por el valor total del presupuesto en el SECOP II, anexando el Formato de Oferta Económica, en el cual se discrimina el valor unitario de cada uno de los ítems (servicios) de acuerdo con las especificaciones técnicas.

•Para efectos de la evaluación y calificación de la oferta económica, se tendrá en cuenta la sumatoria de los precios unitarios contemplados en la oferta económica, con el fin de determinar el valor de la Oferta y adelantar la evaluación de acuerdo con el método determinado en la invitación publica, que para este caso es el menor valor.

•El valor de la oferta deberá ser expresado en pesos colombianos

•Serán de la exclusiva responsabilidad del proponente los errores y omisiones en que incurra al formular la propuesta económica, debiendo asumir los mayores costos o pérdidas que se deriven de los mismos.

Causales de rechazo de carácter económico:

1.Cuando sobrepase el precio unitario de referencia excluidos de IVA estimado por la entidad, para cada uno de los ítems y/o efectuada la corrección aritmética por parte del Comité Económico Evaluador lo supere.
2.Cuando el proponente adicione, suprima, cambie, o modifique los ítems, la descripción y cantidades exigidas.
3.Cuando el oferente no cotice la totalidad de los ítems previstos.
4.No presentar Anexo de oferta económica.
5.No ofrecer el valor de un precio unitario u ofertarlo con valor cero.
6.Cuando se determine que el valor de la oferta es artificialmente bajo. (De conformidad con el análisis que exige el Guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en procesos de contratación).

SEVERO ALBERTO DELFÍN CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.
NIT 805.016.107-1
DIRECCIÓN: CALLE 5E # 42ª - 53
TELÉFONO: (602) 524 2202 – (602) 513 1923
E-MAIL: contratacion@clinicabasilia.com

FACTOR TÉCNICO

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA:

SEVERO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal**,** me permito presentar en nombre de la Empresa **CLÍNICA BASILIA SAS.,** con NIT **805.016.107-1**, en pleno uso de mis facultades legales, garantizo el cumplimiento de los siguientes ponderables:

ATENCION EN SOPORTE SALUD MENTAL	PUNTAJE MÁXIMO	OFERTA
IPS QUE PRESENTE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO TRIMESTRAL POR PACIENTE. REPORTANDO NOVEDADES Y APEGO AL TRATAMIENTO	30 PUNTOS	SI
IPS QUE PRESENTE JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL ESM-EMAVI. EN ALINEACIÓN DE PROCESOS Y ADAPTACION DE AMBAS INSTITUCIONES SOBRE EL MANEJO DE PATOLOGIAS MENTALES. A REALIZARSE PRESENCIALMENTE AL MENOS UNA VEZ POR TRIMESTRE EN LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI.	20 PUNTOS	SI

CAPACIDAD INSTALADA	PUNTAJE MÁXIMO	OFERTA
IPS QUE PRESENTE LINEA DE ATENCIÓN PARA PACIENTES. DEBE CONTENER CORREO ELECTRÓNICO EXCLUSIVO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL Y NÚMERO TELEFÓNICO PARA ATENCIÓN DE NOVEDADES EN SU TRATAMIENTO	20 PUNTOS	SI
IPS CON MENOR TIEMPO PARA INICIO DE TRATAMIENTO CON PSIQUIATRIA EN COSULTA EXTERNA	20 PUNTOS	SI
IPS CON MENOR TIEMPO PARA INICIO DE TRATAMIENTO CON PSIQUIATRIA EN EL AMBITO DE INTERNACIÓN: TIEMPO TRASCURRIDO ENTRE EL MOMENTO DE INGRESO DEL USUARIO A LA INSTITUCIÓN POR SERVICIO DE URGENCIAS Y EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN POR EL ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	20 PUNTOS	SI
PUNTAJE TOTAL (MÁXIMO)	**110 PUNTOS**	

La anterior certificación expide en Cali – Valle, a los 20 días de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali (Valle)
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.

NIT 805.016.107-1

FACTOR TÉCNICO

ATENCION EN SOPORTE SALUD MENTAL

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA:

SEVERO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal**,** me permito presentar en nombre de la Empresa **CLÍNICA BASILIA SAS.,** con NIT **805.016.107-1**, en pleno uso de mis facultades legales, garantizo que nuestra IPS realizara un seguimiento telefónico trimestral por paciente. reportando novedades y apego al tratamiento

La anterior certificación expide en Cali – Valle, a los 20 días de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali (Valle)
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.
NIT 805.016.107-1

FACTOR TÉCNICO

ATENCION EN SOPORTE SALUD MENTAL

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA:

SEVERO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal**,** me permito presentar en nombre de la Empresa **CLÍNICA BASILIA SAS.,** con NIT **805.016.107-1**, en pleno uso de mis facultades legales, garantizo que nuestra IPS realizara jornada de sensibilización al personal asistencial ESM-EMAVI. en alineación de procesos y adaptación de ambas instituciones sobre el manejo de patologías mentales. a realizarse presencialmente al menos una vez por trimestre en las instalaciones del ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI.

La anterior certificación expide en Cali – Valle, a los 20 días de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali (Valle)
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.
NIT 805.016.107-1

FACTOR TÉCNICO

CAPACIDAD INSTALADA

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA:

SEVERO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal**,** me permito presentar en nombre de la Empresa **CLÍNICA BASILIA SAS.,** con NIT **805.016.107-1**, en pleno uso de mis facultades legales, garantizo que nuestra IPS asignara cita de consulta externa al menor tiempo para inicio de tratamiento con psiquiatría, el pliego los documentos y el proceso en si, no especifica la determinación de un rango de tiempo, por lo cual nos acogemos acorde a la solicitud nos acogemos a ofertar el menor tiempo.

La anterior certificación expide en Cali – Valle, a los 20 días de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali (Valle)
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.
NIT 805.016.107-1

FACTOR TÉCNICO

CAPACIDAD INSTALADA

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA:

SEVERO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal**,** me permito presentar en nombre de la Empresa **CLÍNICA BASILIA SAS.,** con NIT **805.016.107-1**, en pleno uso de mis facultades legales, garantizo que nuestra IPS asignara cita de consulta externa al menor tiempo para inicio de tratamiento con psiquiatría, el pliego los documentos y el proceso en si, no especifica la determinación de un rango de tiempo, por lo cual nos acogemos acorde a la solicitud nos acogemos a ofertar el menor tiempo.

La anterior certificación expide en Cali – Valle, a los 20 días de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali (Valle)
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.
NIT 805.016.107-1

FACTOR TÉCNICO

CAPACIDAD INSTALADA

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA:

SEVERO CONDE RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal**,** me permito presentar en nombre de la Empresa **CLÍNICA BASILIA SAS.,** con NIT **805.016.107-1**, en pleno uso de mis facultades legales, garantizo que nuestra IPS asignara MENOR tiempo para inicio de tratamiento con psiquiatría en el ámbito de internación: tiempo trascurrido entre el momento de ingreso del usuario a la institución por servicio de urgencias y el momento de la valoración por el especialista en psiquiatría factor técnico, será entre inmediato y 2 horas.

La anterior certificación expide en Cali – Valle, a los 20 días de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C: 16.609.011 de Cali (Valle)
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA BASILIA S.A.S.
NIT 805.016.107-1

Clínica BASILIA
Cuidamos la Salud Mental

20 AÑOS Cuidándote

FORMATO DE CERTIFICADO PARA ACREDITAR ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Santiago de Cali, 20 de marzo del 2026.

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACION-ESM
Cali – Valle del Cauca

Referencia: Proceso de Contratación No. 007-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Yo, **SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ**, en mi condición de Representante Legal de CLINICA BASILIA S.A.S., declaro y acepto conocer íntegramente el contenido de todas y cada una de las especificaciones técnicas, así como de las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS detalladas en la invitación publica, que rige el proceso de selección No. 007-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026 y contenidos en el punto 4 ESTUDIO TECNICO de los Estudio Previo**.**

De igual manera, manifiesto haber efectuado en forma personal, un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones técnicas contenidas en el archivo ESTUDIO PREVIOS.pdf", lo que indica expresamente, que bajo ningún motivo me exonero de la responsabilidad que me acude a su cumplimiento.

Con la suscripción del presente Anexo, en forma voluntaria e irrevocable, **ACEPTO** las especificaciones técnicas mínimas requeridas planteadas por **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACION,** en el anexo y especificaciones técnicos establecidas y demás que puedan surgir a partir de las diferentes adendas generadas en desarrollo del proceso; en consecuencia, **ME COMPROMETO A DARLES ESTRICTO CUMPLIMIENTO.**

DESCRIPCIÓN	ACEPTACIÓN EXPRESA
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DETALLADAS EN EL ESTUDIO PREVIO PUNTO 4 DEL proceso.007-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026 cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS PSICOPATOLÓGICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DEL ESM EMAVI.	SI ACEPTO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ASÍ COMO EL PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Santiago de Cali, a los 20 días del mes de marzo del 2026.

Atentamente,

SEVERO ALBERTO CONDE RAMÍREZ
C.C. N° 16.609.011 de Cali (Valle)
Representante Legal
CLÍNICA BASILIA SAS
NIT 805.016.107-1